

# La medicalización de la vida y sus protagonistas<sup>1</sup>

Soledad Márquez y Ricard Meneu

## ¿QUÉ ES LA MEDICALIZACIÓN?

Los estudios sobre la medicalización la presentan como un proceso por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos. El diccionario de salud pública de Kishore (1) conceptualiza la medicalización como “ la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas”. Y añade que incluye una gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo.

La medicalización puede adoptar tres grandes modos:

- 1) Redefinir las percepciones de profesionales y legos sobre algunos procesos, caracterizándolos como enfermedades e incorporándolos a la “mirada médica” (2) como entidades patológicas abiertas a la intervención médica.
- 2) Reclamar la eficacia incontestada de la medicina científica, y la bondad de todas sus aportaciones, desatendiendo las consideraciones sobre el necesario equilibrio entre sus beneficios y los riesgos o pérdidas que implican.
- 3) La marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo tanto terapias de eficacia probada empíricamente como las formas desprofesionalizadas de manejo de todo tipo de procesos que van desde el parto hasta la muerte.

---

<sup>1</sup>.- Este artículo ha sido publicado anteriormente en : *Getión Clínica y Sanitaria*, V, 2 (verano, 2003)

## **La crítica de la medicalización de ayer a hoy**

Hace un cuarto de siglo la crítica de la medicalización hizo su aparición en los debates sanitarios, gozando de un breve momento de confusa centralidad. Aunque algunos de los elementos de esta crítica gozaban de una larga tradición, confluían en ella visiones muy distintas e interpretaciones divergentes (Foucault, Illich, Navarro, Mendelsohn, Skrabanek, etc.).

En el imaginario colectivo la crítica de la medicalización está indisolublemente ligada al nombre de Ivan Illich y la publicación de su obra *Némesis Médica* (3), pese a que este trabajo no escogía la medicina como tema, sino como ejemplo. Con *Némesis Médica* Illich pretendía continuar un discurso sobre las instituciones modernas en tanto que ceremonias creadoras de mitos, de liturgias sociales que celebran sus certidumbres, discurso ya iniciado con respecto a la escuela (4), los transportes o la vivienda. La medicina servía como ejemplo para ilustrar los distintos niveles de “contraproductividad” –una extensión “sui generis” de la ley de los rendimientos marginales decrecientes– de las instituciones de posguerra y sus paradojas técnica, social y cultural. *Némesis Médica* comenzaba afirmando: “ La medicina institucionalizada amenaza la salud”. Lo que era radical en 1974 es, en algún sentido, convencional hoy (5). En uno de sus últimos textos Illich escribió que veinticinco años después comenzaría diciendo “ En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante” (6). Un claro signo del desplazamiento del motor de la medicalización.

Desde los años ochenta las críticas a la medicalización se han ido confinando en los territorios de la sociología, los movimientos alternativos o aquellos ámbitos sanitarios poco satisfechos con ciertos rumbos de su historia, como la psiquiatría o el salubrismo. Sin embargo, algunos de los aspectos que motivaban dichas críticas han ido cargándose de argumentos durante este tiempo. Así, ha aumentado la conciencia de que muchas intervenciones sanitarias se sitúan en la “parte plana de la curva” –aquella en la que los beneficios marginales que aportan son mínimos y a menudo inferiores a los riesgos o costes que suponen– sin que las corrientes mayoritarias del pensamiento médico relacionen este fenómeno con ninguna forma de iatrogenia social.

En su mejor línea democrática el British Medical Journal auspició el pasado año una votación sobre cuáles son en nuestro entorno las principales “no-enfermedades”, aquellos procesos cuya inclusión en el campo de actuación de la medicina resulta menos obvia. Como colofón de ese proceso, su edición del 13 de abril de 2002 se dedicó al tema de la medicalización de la vida, con el objetivo explícito de “atraer la atención sobre la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente” (7). Dada su capacidad de influencia, este número del BMJ marcará con toda seguridad un hito importante en la historia del pensamiento sanitario por su contribución a crear opinión sobre un fenómeno que está afectando de manera importante la forma de vida en las sociedades del primer mundo.

La distancia entre la definición normativa de salud y su percepción aumenta con el desarrollo. Está documentado el contraste entre la definición de salud pretendidamente objetiva llevada a cabo por los profesionales y la salud subjetiva percibida por los individuos. Cuanto mayor es la oferta de “salud”, más gente responde que tiene problemas, necesidades, enfermedades. Mientras, en las zonas con servicios sanitarios menos desarrollados esta percepción es menor. Los datos aportados por Amartya Sen muestran que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria, mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos (8).

### **La definición de enfermedad**

Ningún debate sobre la medicalización, sobre la extensión de actuaciones sanitarias hacia procesos anteriormente no considerados como enfermedades, puede ser útil sin un previo acuerdo sobre la concepción de las cambiantes relaciones entre salud y enfermedad. En la controversia que nos ocupa, las aportaciones de la sociología de la salud y la enfermedad se acogen a cuatro grandes tradiciones teóricas: a) el funcionalismo parsonsiano; b) la economía política de la enfermedad, incluyendo aquí la crítica de estirpe marxista; c) el interaccionismo simbólico; y d) los desarrollos procedentes de las teorías postestructuralistas de Foucault, en especial sus elaboraciones en el ámbito de la salud mental y el feminismo (9). Todas ellas aportan elementos esclarecedores para entender la “racionalidad” que subyace en los procesos de medicalización.

En el origen están los análisis de Talcote Parsons de la relación médico-paciente (10), tipificando a éste como quejoso, pasivo y agradecido y al profesional como altruista y compasivo. El “papel del paciente” en la versión de Parsons viene definido por la legitimación que la enfermedad otorga para evitar asumir las responsabilidades sociales, la incapacidad de superar por sí mismo tal estado, la obligación social de intentar sanar y la necesaria puesta en manos de los profesionales.

La economía política de la enfermedad debe mucho de su formulación actual a Freidson (11) (12), y de sus tesis derivan trabajos como los de Navarro (13), o algunas de las interpretaciones críticas de Illich. Fue Freidson uno de los primeros en realizar una crítica sistemática a la teoría de Parsons, en especial a la neutralidad afectiva y el universalismo de los médicos. Así mismo mostró cómo los pacientes eran capaces en alguna medida de negociar durante las consultas, no siendo meros aceptantes de las decisiones de los profesionales.

La perspectiva interactiva de Erving Goffman (14) (15) resulta especialmente atenta a los procesos de institucionalización y estigmatización. El “estigma” de Goffman se basa en los conceptos sociológicos de “etiquetado” y “desviación”. El etiquetado es un proceso de reputada importancia entre los interaccionistas, que han tenido un amplio desarrollo en la literatura crítica sobre la enfermedad mental (16). Las decisiones de “etiquetado” como patológico o tributario de una intervención terapéutica y la variabilidad del umbral a partir del cual los individuos pasan a ser considerados pacientes de una determinada condición han mostrado su utilidad en la comprensión de otros aspectos inquietantes de la práctica sanitaria, alejados incluso de sus márgenes, como puede ser la generalizada variabilidad en las decisiones clínicas (17).

Las diferentes lecturas de las teorías de Foucault sobre el conocimiento (18) y el poder (19) han puesto el acento en demostrar la relación entre la reclamación biomédica sobre el carácter “verdadero” y “neutral” del conocimiento sobre el cuerpo y los procedimientos de poder y prácticas discursivas. El modo en que se percibe el cuerpo y sus procesos no tiene mucho que ver con una pretendida realidad objetiva, siendo ésta una construcción social.

Aunque procedentes de tradiciones diferentes, existen intentos de conciliar los principales aspectos de estas teorías, en especial los de Turner (20) quien distingue entre niveles individual (experiencia de salud y enfermedad), social (dinámica institucional y regulación de los procesos mediante el etiquetado y la noción de desviación) y societal (estructuras sistémicas que moldean los patrones de los dispositivos asistenciales).

El concepto de enfermedad resulta huidizo una vez se renuncia a considerar su existencia objetiva y se acepta su carácter de “construcción social”, un paso difícil, pero ineludible adoptando perspectivas históricas, antropológicas o sociológicas. La definición de un proceso como enfermedad puede hacerse desde una instancia exterior (la mirada externa del profesional), o desde una interna (la autopercepción) (21). Pero el descrédito de la primera como legitimación de la enfermedad no se traduce en una desmedicalización, ya que la otra perspectiva interioriza los valores y discursos de la primera, conformando una peculiar mirada médica aplicada por legos. En el límite, algunas formas de “empowerment” pueden suponer una mayor medicalización, sustituyendo la mirada médica por su capilarización por el conjunto de los pacientes.

### **¿Qué es y qué no es enfermedad?**

Cada día más, la definición de enfermedad va ligada a las disponibilidades tecnológicas. La tecnología constituye el conocimiento médico de diferentes maneras. Por un lado establece los signos, marcadores y resultados que definen las entidades nosológicas. También influye poderosamente sobre los modelos explicativos de la enfermedad, así como en el modo en que se organizan el conocimiento médico, su taxonomía. En conjunto, el incremento de capacidades tecnológicas aumenta la sensibilidad de la identificación de patologías y reduce el umbral a partir del cual tratarlas, aumentando así la incidencia de las enfermedades (22).

Operativamente podemos definir una “no-enfermedad” como “un proceso o problema humano definido desde alguna instancia como una condición médica para la que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así”. Para esto se requiere aceptar que no todo sufrimiento es una enfermedad. Así, la orfandad es un doloroso proceso natural, aunque preferible a su única alternativa verosímil (morir antes

que los progenitores), pero tributario de medicalización si se declara una “inadecuada elaboración del duelo”.

Las discrepancias entre profesionales y usuarios sobre la consideración de algunos fenómenos como enfermedades están ampliamente documentadas. Cuando se consultó a tres grupos con diferente formación sobre el carácter patológico de una serie de procesos, algunos, como la senilidad y la resaca eran vistos como no-enfermedad de manera congruente tanto por los profesionales sanitarios como por los estudiantes de secundaria y los universitarios no médicos. En cambio se apreciaban importantes discrepancias entre el primero y los últimos grupos sobre la insolación, el codo de tenista o la sobredosis de barbitúricos (23).

Cada vez más se define la enfermedad ante simples síntomas o signos, aspectos estéticos, presencia de factores de riesgo o por la probabilidad de padecer en el futuro una enfermedad. Cochrane afirmaba que no había conseguido saber quién introdujo el concepto de límites normales de la presión arterial como los comprendidos entre más dos y menos dos desviaciones estándar desde la media, sin que teóricamente haya nada que apoye esta idea (24).

El prolapso leve de válvula mitral, la hipoglicemia, el colon irritable o el síndrome premenstrual han sido sugeridos como ejemplos de fenómenos anatómico-fisiológicos que se superponen ampliamente con la normalidad. Estos “síndromes solapados” son etiquetados como patológicos por la comunidad profesional en un proceso de medicalización (25).

También el riesgo ha pasado a ser considerado una enfermedad prevalente, en una curiosa inversión de la paradoja de la prevención de Rose (26) por la que ciertos beneficios escasos a nivel individual resultan sobrevalorados. De este modo, los fármacos preventivos son un negocio en alza. Su uso se extiende a pesar de la existencia de desacuerdos entre guías de práctica clínica, y a que la magnitud de los beneficios a nivel individual es pequeña, incluso en las personas con mayor riesgo (27). Pero hay que preguntarse cuánta gente bien informada de su probabilidad de tener un suceso cardiovascular en los próximos diez años querría tomar un hipolipemiente a largo plazo. O cuántas mujeres estarían dispuestas a seguir un tratamiento con bifosfonatos durante

años para evitar un escaso riesgo de fractura si conocieran los números de las probabilidades en caso de tomar el fármaco o no tomarlo.

Hay algunas evidencias de que las personas bien informadas son más conservadoras que los médicos en el caso de los tratamientos preventivos basados en medicamentos (27-30). De generalizarse estas evidencias, tendremos que reconocer que desde la medicina sin participación del paciente se puede estar conduciendo a la gente a una forma de vida que quizá no desee. Si en los tratamientos preventivos, los pacientes hicieran elecciones diferentes a las que indican los médicos y por debajo de éstos: ¿Qué efectos tendría una mayor participación? Como señala Thomson (31), quizá tengamos pacientes hipertensos mejor informados, más satisfechos y menos ansiosos, pero colectivamente más expuestos a tener un accidente vasculo-cerebral o un infarto. La aceptación de esto significa un tremendo cambio de mentalidad, incluso un replanteamiento de los objetivos de los servicios sanitarios.

## **LA EXPANSIÓN TERAPÉUTICA**

Cada vez que se realiza un etiquetado de enfermedad, la consecuencia inmediata es que para cada proceso existe un tratamiento. Frecuentemente esa terapia se prescribe sin dar a la persona la información adecuada sobre la naturaleza de los beneficios y efectos adversos, y por tanto, sin tener en cuenta las preferencias y aversión a los riesgos de cada uno. La evidencia disponible informa que muchos pacientes tiene claras preferencias respecto a los posibles tratamientos (32), que éstas no son siempre predecibles (33), que los médicos a menudo no logran su cabal comprensión (34). La revisión de esta literatura (35) pone de manifiesto que los pacientes, los profesionales y la población general tienen a menudo diferentes preferencias ante las alternativas terapéuticas y que la dirección y magnitud de esas discrepancias no parece ser consistente y varía según las patologías.

La efectividad de la prostatectomía en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata depende de cuáles son las dimensiones de calidad de vida preferidas por los pacientes (incontinencia, impotencia). La aportación de instrumentos de ayuda para que el paciente pueda tomar una decisión informada, ha mostrado una preferencia por la alternativa quirúrgica significativamente menor al empleo que de ella se venía haciendo

(36). También el recurso a la histerectomía se mostró mayor que el preferido por las pacientes tras una campaña de información a través de los medios de comunicación que redujo el 26% en las tasas de histerectomía para mujeres de todas las edades (37).

A esto hay que añadir los múltiples ejemplos de nuevos tratamientos y tecnologías con resultados mínimos en términos de salud, introducidos y extendidos en el sistema sanitario en un momento en que la evaluación era incompleta o de baja calidad; para al cabo de unos años tener que reconocer que se hizo de forma prematura y que sus beneficios son menores que sus riesgos. Un ejemplo reciente con importante impacto en los medios de comunicación es el de la generalización de la terapia hormonal sustitutiva, impulsada por sus productores, apoyada por colectivos femeninos (38), y cuya efectividad ha quedado, cuanto menos, en entredicho (39).

La extensión de las nuevas enfermedades a campos como el nacimiento (40), la menopausia, el envejecimiento, la sexualidad (41), la infelicidad y la muerte (42) puede seguir sin mayores problemas con la definición de la “angustia laboral”, la “ansiedad nutricional” o todo tipo de desequilibrios afectivos y personales. El malestar que provocan algunos alejamientos de la normalidad o el ideal, como calvicie, arrugas o mollas, puede extenderse con más motivo hasta los déficits de elocuencia, oído musical, o capacidad de razonamiento lógico, problemas prevalentes y tratables, pero aun no sentidos como insuficiencias. Ya se sabe que “ el buen sentido es la cosa mejor distribuida, pues todos creen estar tan bien dotados, que incluso los más descontentos en cualquier otro aspecto no desean más del que ya tienen” (43).

También merece una reflexión la extensión de pruebas genéticas que etiquetan a las personas con un nivel de riesgo de tener un determinado problema de salud, sin que exista una evaluación adecuada de los beneficios de las posibles intervenciones que le siguen, aspectos que deberían ser claves en la determinación de la utilidad de estas pruebas (44) (45). Si la adopción de nuevos tests genéticos no se lleva a cabo con una evaluación rigurosa, se puede llegar a etiquetar a buena parte de la población como enferma, en base al hallazgo de uno o varios genes “deficientes” que incrementan la predisposición a sufrir en el futuro una determinada enfermedad.

Además, al mismo tiempo que se habla de la “creación” de nuevas enfermedades a partir de experiencias vitales o procesos normales, también puede hablarse de situaciones en las que se infrutilizan tratamientos efectivos, y por tanto se necesitaría mayor intervención sanitaria. Así, Ebrahim (42) advierte del riesgo de “desmedicalización” en la población mayor, y la necesidad de separar el proceso de envejecimiento de las enfermedades que se dan en personas mayores y que tienen tratamientos efectivos que deben ser utilizados. ¿Dónde está el equilibrio?

## **LOS PROTAGONISTAS DE LA MEDICALIZACIÓN**

Los factores que contribuyen al creciente fenómeno de la medicalización de la vida son diversos y complejos. Una panorámica no exhaustiva exigiría empezar a mirar hacia los proveedores sanitarios, tanto los profesionales como las empresas médico-farmacéuticas, sin dejar de lado el importante papel desempeñado por la industria de la comunicación. Aun así todo análisis será incompleto si no contempla las tendencias apreciadas en la propia población y las respuestas aportadas por los responsables de la política y la gestión sanitaria.

### **El papel de los profesionales y sus instituciones**

Los médicos son los principales agentes de la medicalización. El carácter desconcentrado de las decisiones sobre diagnóstico y tratamiento (46) exige la anuencia de los clínicos sobre los beneficios de las intervenciones terapéuticas. Sin su concurso los demás actores de la medicalización no conseguirían la respuesta deseada a sus demandas o una extensión de su oferta compatible con sus lógicos objetivos empresariales de crecimiento. La percepción médica o mejor, la mirada médica (2) es el proceso a través del cual objetos sociales específicos, es decir, categorías de enfermedad, cobran su existencia (47).

Es común interpretar la participación entusiasta de los sanitarios en los procesos de medicalización en función de los beneficios esperables. Ligado a la esperanza de proporcionar un beneficio para los pacientes, está el deseo de que se amplíe el mercado, se abran nuevas puertas al desarrollo profesional y la especialización (unidades de lípidos, de menopausia, de genética...). Sin desestimar los beneficios alcanzables en

términos de rentas directas, capacidad de influencia, y poder. Un abanico de posibilidades que explica ampliamente que la cultura médica sufra de una fascinación por las nuevas tecnologías, e incluso por las nuevas enfermedades.

En un editorial publicado en esta revista J. Expósito (48) ya reflexionó sobre el papel de los médicos en la difusión de tecnologías no efectivas usando como ejemplo ilustrativo la quimioterapia a altas dosis en el cáncer de mama. Su pregunta “¿son los médicos actores o espectadores en la difusión de nuevas tecnologías?” tiene una respuesta afirmativa contundente. Pese a las dificultades del papel asignado a los médicos, lo que resulta a la postre es que comparten en buena medida la responsabilidad por la construcción de una cultura intervencionista y acelerada en la adopción de innovaciones. Añádase a esto que la razón médica está presidida por un stajanovista “más es mejor”, cuando en demasiadas ocasiones quizá debería plantearse un miesiano “menos es más”. Las verdaderas mejoras en eficiencia no provienen únicamente de hacer lo mismo más rápidamente o más barato, sino de hacerlo de un modo diferente y mejor (49) por más adecuado.

En el proceso de medicalización las interacciones y sinergias son múltiples. Los médicos como investigadores o prescriptores, solos o unidos en sociedades científicas, a veces recorren su camino profesional de la mano de la industria. De hecho, la construcción de nuevas enfermedades es frecuentemente liderada por grupos de investigadores que tienen estrechos lazos con las empresas farmacéuticas, y las recomendaciones y consensos parten de las sociedades científicas y de los médicos líderes de opinión. Estas recomendaciones son especialmente relevantes en áreas con mayor incertidumbre, donde la guía de los expertos, los referentes profesionales, se configura como una de las fuentes primordiales de orientación.

Una explicación complementaria para la predisposición de los profesionales a aceptar cualquier innovación pretendidamente útil debería considerar su situación respecto al cambiante estado del conocimiento y las expectativas y demandas sociales. Los médicos se encuentran emparedados entre una íntima duda sobre sus capacidades resolutivas reales y una creciente presión social que exige respuestas taumatórgicas y confía en que la ciencia evitará hasta lo ineluctable.

Probablemente, el ejercicio de una medicina sin participación del paciente es otro factor que conduzca a la medicalización. Aunque en general no está claro que la participación de los pacientes lleve a decisiones más conservadoras que las que toman los médicos (50) (51), como se comentó anteriormente, parece que sí hay una tendencia en este sentido en el caso de los tratamientos preventivos con fármacos (27-30). Hacer una medicina más participativa supone –una vez más– un cambio cultural, que como todos los cambios culturales será difícil, porque supone abandonar lo conocido para embarcarse en una aventura en la que se perderá estatus, poder y control; y en la que habrá que aprender otras habilidades y actitudes, a las que no estamos habituados.

Entre estas actitudes se cuenta la preocupación por las consecuencias de una posible medicalización excesiva. Como apunta Richard Smith, “ cuando estoy enfermo quiero ser atendido por doctores que duden cada día del valor y la sensatez de lo que hacen” (5).

### **Las empresas médico-farmacéuticas**

Sin desatender el beneficioso papel desempeñado por la investigación y desarrollo impulsados por las industrias médico-farmacéuticas, que ha dado lugar a múltiples tratamientos efectivos que mejoran la vida de las personas, es necesario reflexionar sobre su papel en la medicalización innecesaria de la vida.

Atendiendo a una conducta estrictamente racional, es de esperar que dicha industria no repare en esfuerzos para ampliar mercados, lo que hace de ella un actor clave en la creación de nuevas enfermedades, especialmente en aquellos ámbitos en los que es más verosímil que se pueda disponer de una elevada sensibilización por parte de los potenciales beneficiarios: aspectos estéticos, molestias fisiológicas o síntomas leves pero frecuentes, reducción de factores de riesgo, o evicción de las consecuencias de comportamientos no saludables a los que no se desea renunciar. En algunas de estas consideraciones pueden encuadrarse la calvicie, el colon irritable, la osteoporosis, algunos síntomas que pueden acompañar a la menopausia o ciertas disfunciones sexuales (41), (52). En el límite, este camino conduce a una situación en que para cada nuevo diagnóstico o tratamiento se puede crear una enfermedad, con independencia del carácter de los beneficios que aquellos aporten.

Para la construcción de nuevas enfermedades y la comercialización de tecnologías que las diagnostiquen y las traten, la industria necesita compañeros de viaje. Para ello, financia a grupos de investigación de instituciones académicas y de sociedades científicas, que –además de participar en las investigaciones– van a ser elementos valiosísimos en la promoción de los nuevos medicamentos. Muchos productos se promocionan gracias a los artículos de apoyo escritos por médicos que son líderes de opinión, y que se publican en importantes revistas especializadas (53). También cuenta con el sostén de grupos organizados de pacientes que a menudo parecen aglutinarse más por el tratamiento que reclaman que por la dolencia que sufren.

Una vez conseguida la implicación de los referentes de cada sector o especialidad, el siguiente frente de intervención de la industria es el conjunto de los médicos, quienes en definitiva adoptan la decisión de indicar o no los nuevos avances. La formas clásicas de penetración a través de obsequios, pago de viajes a jornadas – indudablemente de formación– y similares, están cada vez más en el punto de mira de los financiadores, preocupados por lo que, algo exageradamente, ven como una enorme “quinta columna” infiltrada en sus efectivos. Pero existen modos más insidiosos de ganar la voluntad de los microgestores. En toda tecnología innovadora son, obviamente, sus promotores quienes disponen de la mejor información. La difusión de ésta de manera sesgada, inexacta o engañosa busca hacer mella en los profesionales que deseen guiarse por motivos estrictamente científicos (54). También se han apreciado interesantes sinergias entre desarrollos diagnósticos y terapéuticos. Las actuaciones para lograr que los médicos prescriban pasan también por facilitar los medios para que puedan hacer el diagnóstico. Y es aquí donde entran los regalos de equipos y tecnologías a los centros sanitarios, ante los que una cierta miopía contable puede hacer creer que los equipamientos se consiguen a coste cero. Entre la variada casuística al respecto, en otro texto hemos abordado el ejemplo de los densitómetros para diagnosticar la osteoporosis (55).

Además, la industria contribuye a la formación de una demanda mediante actuaciones para crear opinión, no sólo entre los profesionales, sino también entre los potenciales consumidores. Cuenta para ello con importantes activos entre los medios de formación de masas y busca, amparándose en grandilocuentes apelaciones al derecho a

la información, poder generalizar las campañas de publicidad dirigidas a los consumidores finales. Mientras se ultima la autorización europea de la “publicidad directa al consumidor”, su presencia en otros países nos permite apreciar cómo las empresas sanitarias aprovechan cualquier posibilidad de trasladar la atención desde los problemas derivados del entorno social hacia la solución individual. Un ejemplo ilustrativo es el anuncio sobre la paroxetina que GlaxoSmithKline publicó en el New York Times Magazine en octubre de 2001, un mes después del ataque al World Trade Center. En medio de un clima de comprensible agitación, el anuncio afirmaba: “Millones (de personas) sufren ansiedad crónica. Millones pueden ser ayudadas por Paxil” (56). Este ejemplo no es sino un botón de muestra de muchas campañas basadas en respuestas no patológicas ante sucesos vitales, el miedo a la muerte o a la discapacidad. Casi a diario la prensa científica y los medios de comunicación de masas proporcionan ejemplos, donde se advierte de la cantidad de personas “afectadas” –de menopausia, de osteoporosis, ...– que no están siendo tratadas. Los discursos son tan contundentes y muestran tal preocupación por el bienestar de la población que es difícil que alguien se atreva a contravenirlos. Cada vez más el público diana de esta publicidad directa son personas razonablemente sanas, a las que se les vende una amenaza y al tiempo se les presenta un producto que las librá de ella.

### **Los medios de comunicación**

Después de los profesionales sanitarios, los medios de comunicación de masas son la principal fuente de información sobre la salud. La calidad de la información que vehiculan y los sesgos apreciados en su tratamiento han sido objeto de una atención insuficiente en comparación con su relevancia en la configuración de las expectativas y opiniones del conjunto de la población. Es lógico que en muchas ocasiones sean el principal objetivo de quienes pretenden influir en la conducta de los profesionales sanitarios y los pacientes (57).

Más allá de los indudables casos de venalidad e incompetencia (58), el principal problema con los medios estriba en su configuración ideológica. La divisa del periodismo “ No es noticia que un hombre muerda a un perro, sino que un perro muerda a un hombre”, admite el corolario “ ...o que alguien diga que quizá pudiera haberlo hecho”. La concepción de lo noticiable está asociada a la novedad, lo inusual, lo

improbable o lo deseado. De ahí la sobreabundancia de noticias sobre pretendidos descubrimientos revolucionarios, soluciones mágicas y terribles plagas de dudosa base científica.

El principal problema de una lectura acrítica de los medios estriba en que favorecen en la población la conformación de expectativas que están por encima de la realidad, contribuyendo de modo importante a generar la creencia en una inexistente medicina omnímoda. La sensación de que la medicina es una ciencia exacta es, en buena parte, creada y alimentada por los medios (59), siendo cada vez más exigible que éstos asuman e incorporen a sus contenidos términos como “incertidumbre” o “limitaciones” (60) (61).

Se han documentado casos en los que el tratamiento de los problemas en los medios de comunicación está lleno de contradicciones, subrayándose aspectos negativos e ignorando otros relevantes. Como ejemplo, un estudio que analizó la información sobre la menopausia en la prensa, encontraba que se trivializaban los aspectos relacionados con promover estilos de vida saludables, y por el contrario, se enfocaba el tema como una experiencia negativa, una enfermedad y una etapa que necesitaba tratamiento médico (62). En muchas ocasiones, son los médicos ejerciendo de columnistas, o sus sociedades a través de campañas de prensa, quienes promueven la medicalización e incluso el uso de intervenciones cuyos efectos adversos superan los posibles beneficios. En los últimos años el cribado del cáncer de próstata ha aportado un buen número de ejemplo poco edificantes. (63).

Sin embargo, los medios pueden también afectar positivamente la utilización de servicios sanitarios, promoviendo el uso de intervenciones efectivas y desincentivando la adopción de las que tienen efectividad no probada o cuestionable, aunque parecen, en general, menos interesados en desempeñar ese papel.

## **La población**

Hace más de veinticinco años que Lewis Thomas señalaba que en los 25 años anteriores nada había cambiado tanto en el sistema sanitario como la percepción del público sobre su propia salud, interpretando que dicho cambio pone de manifiesto una

pérdida de confianza en la forma humana (64). Y continuaba afirmando que buena parte del despilfarro sanitario procede de la convicción del público en general de que la medicina moderna es capaz de resolver mucho más de lo que en realidad es posible. Esta actitud sería, en parte, el resultado de las exageradas reivindicaciones de la medicina en las últimas décadas y de su aquiescencia pasiva con las aun más exageradas difundidas por los media.

Como gusta repetir el gurú Ian Morrison, autor de *Health Care in the New Millennium: Vision, Values, and Leadership* y antiguo director del Institute for the Future en Palo Alto, cuando él nació en Escocia la muerte era vista como inminente, mientras se formó en Canadá comprobó que se vivía como inevitable, pero en su actual residencia californiana parece que allí se perciba como opcional.

Parece claro que el nivel educativo es un factor clave en el deseo y exigencia de participar en las decisiones (65), por tanto, en la medida que la población tenga mayor nivel e información, irá exigiendo a los profesionales sanitarios este derecho a tener voz y voto sobre las decisiones que les afectan. La extensión del acceso a la información a través de Internet puede suponer una importante amenaza a la relación de agencia imperfecta entre médico y paciente. Más allá de las actuales expectativas desmedidas, las facilidades aportadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) podrían facilitar una mayor exigencia de información y participación más acorde con el estado del conocimiento. Sin embargo, es difícil prever cómo afectará al fenómeno de la medicalización el incremento de la fracción de pacientes informados y deseoso de adoptar sus propias decisiones.

Por una parte, el mayor nivel de vida suele ir unido a una cultura de consumismo (medicina incluida) y en las sociedades más desarrolladas cada vez más se instala el rechazo de la enfermedad y la muerte, como partes inevitables de la vida. Existe una creencia, posiblemente promovida desde los propios sistemas sanitarios, de que la medicina va a poder con todo y que puede solucionar cualquier problema (aunque sea vital o social), que la tecnología avanza a pasos agigantados para hacernos vivir más y mejor, y que la salud no tiene precio.

Uno de los escenarios menos deseables sería el representado por usuarios conocedores de las alternativas existentes e insensibles a la dimensión social de la asistencia, apelando sistemáticamente a la “regla del rescate” –la oposición a no emplear todas las alternativas con algún beneficio potencial, por mínimo que sea, ante un riesgo grave para la salud de un individuo identificable y concreto– (66) forzando la actuación de los médicos ante el paciente agonizante. Un futuro sumamente decepcionante para los profesionales que no están suficientemente pertrechados para combatir estas exigencias que van más allá del rol asignado y que provocan sufrimiento por no poder dar respuesta, convirtiéndose así en víctimas de la medicalización a la que han contribuido (60).

### **La Administración y los gestores de servicios sanitarios**

Si las actuaciones de los usuarios y las empresas pueden parecer razonables y las de los médicos comprensibles, el comportamiento de los reguladores resulta menos justificable. En términos generales, en el nivel de la macrogestión se tiende a evitar las decisiones conflictivas en más ocasiones de lo que sería deseable. Se rehúye la definición explícita de las prestaciones incluidas y excluidas de las carteras de servicios, o se dilata el establecimiento de mecanismos adecuados para la monitorización del uso de tecnologías en centros sanitarios, confrontándolo con sus indicaciones. Tampoco se aprecia diligencia en la implantación de métodos para racionalizar la introducción de nuevas tecnologías. y fármacos en los servicios sanitarios, pese a que ya existen algunas iniciativas interesantes al respecto (67).

Un caso llamativo lo constituyen los organismos encargados de regular el mercado de fármacos. En los últimos años las agencias de medicamentos de los países europeos han sido muy sensibles al deseo de la industria de aprobación rápida de nuevos productos. Sin duda esta preocupación por los deseos de una parte de sus clientes está relacionada con la creciente dependencia financiera de éstos que han experimentado dichas agencias. En la actualidad, implantado el procedimiento de reconocimiento mutuo de sus aprobaciones, estos organismos compiten por atraer hacia ellos la evaluación de nuevos medicamentos. Para lograrlo han de responder a los intereses del evaluado, sin que existan mecanismos para garantizar una preocupación similar por los intereses de la sociedad, para cuyo servicio se constituyeron.

Un curioso ejemplo de la atención preferente prestada por los organismos públicos a los intereses de los productores frente a los de los usuarios se da en el caso de los diuréticos para el tratamiento de la hipertensión arterial. Los ensayos clínicos y metaanálisis demuestran que los diuréticos a bajas dosis (hidroclorotiazida o clortalidona a dosis de 12,5 mg/día) son generalmente el tratamiento inicial de elección, pero en España las presentaciones de estos fármacos dificultan enormemente su administración. La única presentación en solitario de hidroclorotiazida fue retirada del mercado por el Ministerio a petición del fabricante. Aunque fue repuesta meses más tarde, ya se había producido un importante cambio en el tratamiento a los pacientes que lo usaban. Por su parte la higrtona sólo se comercializa en una presentación de comprimidos no ranurados de 50 mgr, por lo que su correcta administración exige que los pacientes las tengan que partir en 4 trozos, sin garantías de una distribución igual de la dosis entre fragmentos. Este tipo de comportamientos favorece la sustitución—cuando no la duplicación— terapéutica, reduciendo las opciones de que disponen profesionales y usuarios informados para manejar sus procesos.

### **Una reflexión final: ¿vamos a donde queremos ir?**

Las preguntas fundamentales que debemos plantearnos se refieren a qué consecuencias tiene la medicalización de la vida y a dónde nos conduce la senda por la que nos encaminamos. En primer lugar, se está etiquetando de enfermos a personas que podemos considerar sanas y se les está sometiendo a tratamientos que conllevan indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como “anormal”, como por los posibles efectos de las terapias, que nunca son absolutamente inocuas. En segundo lugar, las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, y la capacidad de valerse por sí mismo y sentirse capaz de superar los problemas se está reduciendo. Las personas y la sociedad se hacen así dependientes de la medicina y los servicios sanitarios, que necesitarán cada vez más recursos para dar respuesta a la demanda que va induciendo.

Una reflexión sobre el fenómeno de la medicalización lleva a la pregunta de si realmente queremos un mundo donde todos llevemos etiquetas de riesgo de padecer esta o aquella enfermedad en el futuro. Si queremos una sociedad donde hay mastectomizadas para evitar el cáncer de mama, gente sana pero que cree estar enferma

y toma varias píldoras para reducir su “riesgo” de acabar teniendo una u otra enfermedad. Una sociedad donde ya todos los niños nacen por cesárea, la gente está insegura sobre si es normal o no en sus relaciones sexuales, el miedo a la enfermedad se ha apoderado de todos, y casi nadie se muere con un poco de paz. Si queremos un mundo donde mientras todo esto pasa en las sociedades ricas, en África, Asia y Harlem, la gente sigue muriendo de SIDA, de infecciones para nosotros banales, de hambre, violencia y otras calamidades.

Pero incluso siendo pragmáticos y sin cuestionarnos si queremos este mundo, vamos a tener que preguntarnos si podemos permitirnoslo. El economista Uwe Reinhardt sugería irónicamente que si el consumo sanitario seguía aumentando, EE.UU. sería como un gran hospital, donde la población estaría formada por trabajadores de la salud, enfermos, o ambas cosas al tiempo (68). Sin caer en los maximalismos que atribuyen a la medicina un efecto negativo neto sobre el bienestar, apelando a inexistentes arcadias pretecnológicas, una sociedad más medicalizada es una sociedad con una mayor percepción de malestar y dependencia. Y subvenir las necesidades que este sentimiento obliga a los individuos y la colectividad a detraer recursos aplicables a potenciar otras esferas del bienestar (49).

Por ahora no parece verosímil que sea evitable morir. Las ganancias en cantidad de vida propiciadas por el desarrollo médico son en nuestro entorno relativamente escasas, siendo más importantes las relacionadas con la calidad de esa vida. Pero la calidad de vida tiene componentes básicamente subjetivos, ligados a muy distintas preferencias personales. No todos los años de vida ganados son iguales y evitar una muerte ligeramente prematura puede abocarnos a una larga y penosa agonía, una opción deseable para algunos pero espeluznante para otros. Sin la adecuada información para decidir, muchos podemos empeorar si adoptamos miméticamente prácticas de reducción promedio de algunos riesgos actualmente vulnerables. La consecuencia de esta aceptación acrítica de todas las ofertas de la medicalización sería una sociedad viviendo de manera insana por su preocupación por la salud y muriendo más enferma.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kishore J. A dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications 2002.
- (2) Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Editorial Siglo XXI, México, 1966.
- (3) Illich I. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barral Editores, Barcelona 1975.
- (4) Illich I. La sociedad desescolarizada. Barral, Barcelona 1974.
- (5) Smith R. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The expropiation of Health (book review). BMJ 2002; 24: 923.
- (6) Illich I. L'obsession de la santé parfaite. Le Monde diplomatique, 1999 mars pp. 28 y ss. Disponible en <http://www.mondediplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>.
- (7) Smith R. In search of non disease. BMJ 2002; 324: 883-5.
- (8) Sen A. Health: perception versus observation. BMJ 2002; 324: 860-1.
- (9) Ehrenreich B. English D. Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness. Compendium. London 1974.
- (10) Parsons T. Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna. En: El sistema social. Alianza Universidad. Madrid 1984.
- (11) Freidson E. Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge. Harper & Row. New York 1970.
- (12) Freidson Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. Atherton Press. New York 1970.
- (13) Navarro V. La Medicina bajo el Capitalismo. Crítica. Barcelona 1978.
- (14) Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu editor. Buenos Aires 1984.
- (15) Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Simon & Schuster 1985.
- (16) Szasz. T. El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1973.
- (17) Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Masson. Barcelona 2002.
- (18) Foucault M. La vida de los hombres infames. Las Ediciones de la Piqueta. Madrid, 1990.
- (19) Foucault M. Microfísica del poder. Las Ediciones de la Piqueta. Madrid, 1979.
- (20) Turner BS. Medical power and social knowledge. Sage. London 1987.
- (21) Kleinman A. The illness narrative: suffering, healing and the human condition. Basic Books. New York 1988.
- (22) Hofmann B. The technological invention of disease. J Med Ethics: Medical Humanities 2001; 27: 10 – 9.
- (23) Campbell EJM, Scadding JG, Roberts RS. The concept of disease. BMJ 1979; ii: 757-62.
- (24) Cochrane AL. Efectividad y eficiencia. Asociación Colaboración Cochrane Española. Barcelona 2000.
- (25) Quill TE, Lipkin M Jr, Greenland P. The medicalization of normal variants: the case of mitral valve prolapse. Gen Intern Med 1988; 3 (3): 267-76.

- (26) Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En: El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988 (publicación científica 505).
- (27) Trewby PN, Reddy AV, Trewby CS, Ashton VJ, Brennan G, Inglis J. Are preventive drugs preventive enough? A study of patients' expectation of benefit from preventive drugs. *Clin Med* 2002; 2: 527-33.
- (28) McAlister F, O'Connor AM, Wells G, Grover SA, Laupacis A. When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. *Can Med Assoc J* 2000; 163: 403-8.
- (29) Steel N. Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. *BMJ* 2000; 320: 1446-7.
- (30) Llewellyn-Thomas H, Paterson JM, Carter J, Basinski A, Myers MG, Harfacre GD et al. Primary prevention drug therapy: can it meet patients' requirements for reduced risk? *Med Decis Making* 2002; 22: 326-39.
- (31) Thomson R, Bowling A, Moss F. Engaging patients in decisions: a challenge to health care delivery and public health. *Quality in Health Care* 2001; 10 (Suppl 1): 11.
- (32) Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1998; 47: 329-39.
- (33) Richards MA, Ramirez AJ, Degner LF, et al. Offering choice of treatment to patients with cancers. A review based on a symposium held at the 10th annual conference of The British Psychosocial Oncology Group. *Eur J Cancer* 1995; 31: 112-6.
- (34) Coulter A, Peto V, Doll H. Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders. *Fam Pract* 1994; 11: 67-74.
- (35) Montgomery AA, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Qual Health Care* 2001; 10 (Suppl): 139-143.
- (36) Wagner E, Barrett P, Barr y M, et al. The effect of a shared decision making program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia. *Med Care* 1995; 33: 765-70.
- (37) Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet* 1988; 2: 1470-3.
- (38) Harding J, 'Bodies at Risk: Sex, Surveillance and Hormone Replacement Therapy', in Alan Petersen and Robin Bunton, eds., Foucault, Health and Medicine, 1997, New York: Routledge.
- (39) Nelson HD, Humphrey LL, Nygren P, Teutsch SM, Allan JD. Postmenopausal Hormone Replacement Therapy. *Scientific Review JAMA*. 2002; 288: 872-881.
- (40) Salvador J, Cunillé M, Lladonosa A, Ricart M, Cabré A, Borrel C. Características de las gestantes y control del embarazo en Barcelona, 1994-1999. *Gac Sanit* 2001; 15: 230-6.
- (41) Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2003; 326: 45-7.
- (42) Ebrahim S. The medicalisation of old age. *BMJ* 2002; 324: 861-3.
- (43) Descartes R. Discurso del método. Madrid: Alianza Editorial 1997.
- (44) Melzer D, Zimmern R. Genetics and medicalisation. *BMJ* 2002; 324: 863-4.

- (45) Burke W, Atkins D, Gwinn M, Guttmacher A, Haddow J, Lau J et al. Genetic test evaluation: information needs of clinicians, policy makers, and the public. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 311-8.
- (46) Eisenberg J. *Doctors Decisions and the Cost of Medical Care*. Health Administration Press Ann Arbor. Michigan 1986.
- (47) Armstrong D. *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge University Press. Cambridge 1983.
- (48) Expósito J. Los costes sociales de nuestras prácticas. Actores o espectadores. *Gest Clín y San* 2000 2 (2): 39-40.
- (49) Smith R. Spend (slightly) less on health and more on the arts. *BMJ* 2002 325: 1432-3.
- (50) O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
- (51) Hermosilla-Gago T, Briones E. Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2002.
- (52) Moynihan R, Health I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-90.
- (53) Collier J, Iheanacho I. The pharmaceutical industry as an informant. *Lancet* 2002; 360:1405-9.
- (54) Villanueva P, Peiró S, Libroero J, Pereiro I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet* 2003; 361: 27-32.
- (55) Márquez S. El cambio de prácticas. En J. Expósito (ed.) *El trabajo de gestión desde una Dirección Médica*. HUVN Granada 2002.
- (56) Mintzes B. Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. *BMJ* 2002; 324: 908-11.
- (57) Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.
- (58) Molnar FJ, Man-Son-Hing M, Dalziel WB, Mitchell SL, Power BE, Byszewski AM, St John P. Assessing the quality of newspaper medical advice columns for elderly readers. *CMAJ* 1999; 161: 393-5.
- (59) Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumers' demand for evidence-based medicine. *Int J Technol Assess Health Care* 1998; 14: 97-105.
- (60) Leibovici L, Lièvre M. Medicalisation: peering from inside medicine. *BMJ* 2002; 324: 866.
- (61) Johnson T. Medicine and the media [Shattuck Lecture]. *NEJM* 1998 339[2]: 87-92.
- (62) Gannon L, Stevens J. Portraits of menopause in the mass media. *Women Health* 1998; 27: 1-15.
- (63) Ferriman A. Advocates of PSA testing campaign to silence critics. *BMJ* 2002; 324: 255.
- (64) Thomas L. On the Science and Technology of Medicine. *Daedalus* 1977; 106 (1): 35-46.
- (65) Bowling A, Ebrahim S. Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Quality in Health Care* 2001; 10 (Suppl 1): 12-18.

- (66) Segarra Medrano A. La parte plana de la curva. Donde el coste-efectividad encuentra “la regla del rescate“ En: Ortún V. (Ed.) Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica clínica a la academia, ida y vuelta Masson. Barcelona 2003.
- (67) Briones E, Loscertales M, Pérez Lozano MJ, en nombre del grupo GANT, proyecto GANT: Metodología de desarrollo y estudio preliminar. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 1999.
- (68) Reinhardt U. Response to “What can Americas learn from Europeans”. En Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency, OECD. Paris, 1990.