

# Las nuevas formas de medicalizar la vida



Por Carlos Alberto Díaz

Medico (UBA)

Especialista en Nefrología y Medio Interno (UBA)

Especialista en Terapia Intensiva (Colegio Médico)

Médico Sanitarista (ANM)

Ex gerente general Fundación Galicia Saude

Gerente médico Sanatorio Sagrado Corazón

## 1. Introducción

La medicalización es un proceso complejo en el que intervienen factores económicos, políticos, sociales y culturales, y en el que están implicados desde el modelo de atención, los profesionales, los pacientes, la población que demanda, la comunidad, los prestadores, los financiadores, los productores de medicamentos, las corporaciones sindicales, los medios, el estado y la gobernanza clínica, todo ello con el telón de fondo de una sociedad de consumo cuyo individualismo ignora el sufrimiento y hace del éxito, la belleza, la salud, o la felicidad alguno de sus valores más preciados (Cura y col., 2008).

La medicina ha extendido el ámbito de su competencia, interviniendo en aspectos existenciales, del hábito, del humor, de la antropoplastia, la calvicie, la vejez, la soledad, etc. Se ha ampliado consecuentemente la preocupación por la salud, la salud adquiere un estatuto social, completamente privilegiado, casi como una ideología de la salud (Mainetti, 2006).

Surge como una pulsión o propensión a incrementar el número de síntomas mórbidos, problemas de salud, y enfermedades generalmente modificando el umbral de percepción de problemas y síntomas.

En un **estudio publicado recientemente en el British Medical Journal, muestra que el 51% de las prácticas utilizadas tiene efectividad desconocida**, un 23% que probablemente beneficioso, que tiene beneficio probado solo el 11% de los casos, un 7% que se duda entre beneficios y daños. Un 5% poco probable que sea bueno. El doctor Ponte insiste en la necesidad de romper la creencia de que “todo se cura con pastillas” y recuerda, sin quitar méritos a las bondades de los medicamentos, que “lo que ha hecho aumentar la longevidad no han sido los fármacos, sino la mejora de las condiciones de vida” (Ponte, 2009). ¿Quién gana con la medicalización? El conferenciante fue rotundo al respecto: «La industria farmacéutica». Ante esta situación, Carlos Ponte pidió a la sociedad, «que es víctima y culpable, igual que lo somos los médicos, que se debata y se reflexione sobre la medicalización» (Público, 2014, Aiach y Delaue, 1998).

Los **costos directos atribuidos por la medicalización de la vida** en tan sólo 12 procesos fisiológicos o en cualquier caso no patológicos (como por ejemplo el embarazo y parto, la menopausia, la tristeza o la obsesión por “la figura”), suponen **77 mil millones de dólares en Estados Unidos**, lo que supone el 3,9% del total del gasto sanitario sólo en éste país y **sólo durante un año** (concretamente el año 2005) (Conrad, 2011).

## 2. Las causas de la medicalización de la vida

*“...debo verificar que el objeto que me propongo estudiar no esté atrapado en una red de relaciones a las cuales deba la esencia de sus propiedades.”*

*Bourdieu P. & Wacquant L J D; 1995, p. 170*

Citaré, algunas de las causas, de esta tendencia (Márquez y col., 2003), con la fundamentación que generan poco beneficio y que desnaturalizan el vínculo entre el médico y el paciente. Esto genera costos en salud que **no se traducen en mayor efectividad o eficiencia, por lo tanto siendo un aspecto fundamentalmente ético, la medicalización es un factor de ineficiencia en el sistema de atención**. Conceptualmente se pueden agrupar en la intensificación, profundización e hiperespecialización del conocimiento, que lleva a la búsqueda de la especialización y la fragmentación del conocimiento, **en un reduccionismo que las personas no son tales sino síntomas** que hay que buscarles el alivio. Se produce un importante desarrollo tecnológico y económico, redefinición de problemas sociales en médicos. Presión de los ciudadanos y los consumidores, lógicas del más vale prevenir que curar, y que **“más medicina y más nueva es mejor”**.

**1. El determinismo genético. La medicina incrementó la capacidad de diagnóstico, estamos en la era neovesaliana**, el incremento de las 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. Además, el

riesgo (la presencia de factores de riesgo) ha pasado de ser considerado como una probabilidad de enfermar a ser considerado como una enfermedad, siendo los fármacos preventivos un mercado al alza. Todo ello hace que, cada vez con mayor frecuencia, se incluyan como enfermedad situaciones que antes eran consideradas de otro ámbito, aspectos meramente estéticos, síntomas y signos banales e inespecíficos, factores de riesgo, etc. **Esta era neo-vesaliana del genoma humano**, predictiva, determinística, de poco sacrificio para cambiar el hábito de vida, se genera conciencia sobre una serie de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares y cáncer (Conrad, 2007).

Las nuevas formas de medicalización se desarrollan sobre todo a expensas de la acreditación de nuevas categorías diagnósticas y del incremento de la prescripción y consumo de fármacos (Lobos, 2010).

**2. Dificultad cada vez más notoria de establecer el límite entre estar sano u enfermo**, en como convivir con algunos síntomas. En no poder esperar que se establezcan nuevos equilibrios, en generar nuevamente confianza en el paciente. Los profesionales no siempre pueden establecer con absoluta certeza qué persona está sana y cuál enferma, qué acontecimientos son normales y cuáles no, y ello determina dudas que conducen a una mayor petición de pruebas complementarias y a la instauración de tratamientos innecesarios (Vara). En la determinación de los límites entre la enfermedad y la salud han ganado un lugar central los expertos en marketing y las relaciones públicas, como parte de un complejo de actores que incluye a los investigadores y editores de journals, los profesionales y administradores de la salud, y el periodismo científico. Las principales técnicas que utilizan es tomar una función normal e implicar que hay un problema y debe ser tratada, imponer un sufrimiento donde no la hay necesariamente, definir una proporción de la población que sufre de la enfermedad tan amplia como sea posible, acceder a los médicos dispuestos a participar de la promoción, encuadrar las posiciones de forma particular. Usar selectivamente una estadística para exagerar los beneficios de un tratamiento. Evaluar la eficacia de un tratamiento o intervención preventiva a través de un punto final equivocado. Promover la tecnología como una magia que no tiene riesgos. Tomar un síntoma común que puede significar cualquier cosa y hacerlo aparecer como un signo de enfermedad (Payer y col., 2006. Moynihan y col., 2006. De Ferranti y col., 2008).

**En la determinación de los límites entre la enfermedad y la salud han ganado un lugar central los expertos en marketing y las relaciones públicas, como parte de un complejo de actores que incluye a los investigadores y editores de journals, los profesionales y administradores de la salud, y el periodismo científico.**

*“La construcción social de los problemas de salud está siendo reemplazada por la construcción corporativa de la enfermedad”*

**3. Aumento del valor de la salud en la sociedad.** Este aumento de valor se debe, en gran parte, a distintos aspectos negativos, como una mayor percepción de vulnerabilidad, mayor miedo a la enfermedad y a la muerte, etc. Sin poder negar el valor de la

salud, éste no puede llevarse a un nivel en el que la sociedad haga negación del sufrimiento y de la enfermedad, lo que conlleva que, como dice una frase célebre, **“la sociedad está enfermando por no enfermar”** (Moynihan, 2003. Blech, 2005. Moynihan, 2002).

**4. El aumento del nivel de vida en los países desarrollados lleva aparejado un aumento del consumismo médico, esto se observa en nuestros prepagos, cuyo núcleo responde a la misma lógica y expectativas.** En las sociedades desarrolladas o en vías de desarrollo como las nuestras, la complementación de sistemas de

atención médica constituye la respuesta institucional al derecho de ser tratado cuando se está enfermo, derecho que resulta del valor acordado de la protección del ser vivo y de la dignidad humana. El mercado de la salud fomenta la demanda de medicina y tecnología médica, que han pasado a ser bienes de consumo. Los medicamentos y, en menor medida las pruebas complementarias, son el objeto material de cambio en la relación mercantil entre el médico y la población. El mercado anima, además, a que el paciente tenga capacidad de elegir no solamente entre las alternativas diagnósticas o terapéuticas apropiadas para su proceso, sino también para solicitar aquellos que no están indicados. Es lo que algunos autores denominan “doctor shopping”. En resumen, **la enfermedad se ha convertido en un producto industrial alimentado por el deseo de estar sano.**

##### 5. Los médicos induciendo demanda.

Sin duda son el grupo fundamental en la medicalización y sus consecuencias, la despersonalización, y la pérdida de la importancia en el cambio de hábito del paciente. Ser más prescriptores que buenos diagnosticadores. Los profesionales constituyen el grupo fundamental de los actores sociales implicados, ya que tienen la capacidad y el poder de determinar qué diagnósticos establecen y qué actuación terapéutica realizan. El resto de grupos implicados (sociedad, medios de comunicación, políticos, etc.) pueden fomentar la medicalización, pero son los profesionales quienes finalmente la llevan a cabo, y esto lo saben muy bien en el mercado de la salud. Pero, aun siendo los responsables finales, no se debe olvidar que están sometidos a una doble presión científico-técnica y social que les induce a la misma, siendo en múltiples ocasiones los únicos que escuchan y aportan algún tipo de actuación a diversas situaciones, aunque éstas no sean efectivas (Temporelli) (Bellón, 2006).

Robert Evans (1974): este autor comienza a tratar formalmente el tema de inducción de demanda a principios de la década del setenta. Presenta un modelo donde la función a maximizar incluye como variables a la renta (Y), cantidad de trabajo (W) y la influencia discrecional a la que el médico puede someter al paciente (D):  $U = U(Y, W, D)$  (Evans, 1974).

**6. Paradigma tecnocrático de la atención.** El carácter nuclear del problema de la racionalidad para comprender el fenómeno de la tecnocracia bien puede estar en el eje de este intento por dar una entrada teórica a un asunto que suele relegarse al estudio de caso de la persona integralmente. La racionalidad, como aspecto constitutivo e inspirador de la modernidad y como un problema esencial del mismo, es indispensable en el estudio de cualquier pretensión por vincular la razón con alguna ‘verdad’ políticamente relevante.

La restricción de la razón y su cristalización en un proyecto unívoco de atención de la salud, gestionada y costo efectiva, inmunizada a la crítica, basada en una aséptica racionalidad técnica inexistente (siempre está teñida de intereses, aunque sea medicina basada en la evidencia científica), supone la negación del carácter histórico de la razón, que no sólo es una premisa sociológicamente inadmisibles, sino además un potencial de destrucción de la esfera de lo político. Por esto, merece atención que estamos viviendo una búsqueda infructuosa de la razón definitiva de la noxa genómica o la injuria factorológica y que la tecnificación de las decisiones sería su punto final, falsedad que no es otra cosa que la inexistente profecía de una Modernidad que en rigor tiene poco de moderna.

**El mercado anima a que el paciente tenga capacidad de elegir no solamente entre las alternativas diagnósticas o terapéuticas apropiadas para su proceso, sino también para solicitar aquellos que no están indicados. Es lo que algunos autores denominan “doctor shopping”.**

Se pierde la **visión multifactorial de la enfermedad**, de la incorporación de la mente, de los afectos, de la familia, la comunidad, los deseos de realización, la violencia familiar y urbana, el empleo, la inseguridad y las dificultades cotidianas. La formación médica se centra básicamente en la esfera biológica de los procesos y esto condiciona que exista una tendencia creciente, apoyada por la tecnología, de centrar el origen de todos los procesos en su vertiente biológica, dejando a un lado los factores psicológicos y sociales implicados. El

conocimiento de los determinantes sociales de salud y las características del medio ambiente. El Paradigma Tecnocrático de uso habitual en estos tiempos, eminentemente positivista, que confía por sobre todo en las soluciones técnicas y científicas (Sonego, 2010).

##### 7. La industria farmacéutica como empresa es el motor más importante de la medicalización.

La existencia de una sustancia para cada síntoma, de tener un medicamento y encontrarle su utilidad aunque sea dudosa. Las personas que van a la consulta también reniegan si sus médicos no **le dan un “remedio”, y de dicen “el doctor no me dio nada, ¿estará bien?** Las empresas farmacéuticas, como cualquier otra, buscan obtener los máximos beneficios. Este es un objetivo lógico y lícito. Su problema es que la obtención de este objetivo se realiza a través de estrategias que no siempre resultan beneficiosas para la salud de la población y contribuyen a su medicalización. “Crear necesidades es uno de los eslóganes no publicados de la industria farmacéutica” (Kraus, 2008). Un caso que ejemplifica esta causa de la medicalización es el trastorno de déficit de atención con y sin hiperactividad. Donde el niño está en el centro del proceso de medicalización, como nuevas formas de gestión del disciplinamiento de las poblaciones, como una falta de adaptación a los modelos socialmente esperados y aceptados, la estrategia de medicalización incluye medicación en su tratamiento, lo cual abre una serie de consideraciones en relación al rol de las industrias farmacéuticas y la difusión de los fármacos como solución naturalizada (Faraone, et al., 2009. Belmartino. Faraone, et al., 2010).

## 8. Promoción de enfermedades por parte de los laboratorios productores de medicamentos (Ruiz Cantero, 2011).

La industria dedica una parte importante de su presupuesto a la denominada "disease mongering" (promoción de enfermedades), que hace referencia al esfuerzo que realizarían las compañías farmacéuticas por llamar la atención sobre condiciones o enfermedades frecuentemente inofensivas, con objeto de incrementar la venta de medicamentos, mediante campañas publicitarias, visitadores médicos, estudios que intentan medicalizar cualquier dolencia, etc., pero esta inversión les resulta rentable. Existen distintas estrategias para conseguir este objetivo: tomar un síntoma común y hacerlo parecer el signo de una enfermedad importante, definir el porcentaje de población que padece un problema lo más ampliamente posible, usar sesgadamente la estadística, etc. El síndrome de hiperactividad en el niño, la disfunción sexual o el trastorno de ansiedad social son algunos de los ejemplos que han sido ampliamente comentados en la literatura científica. Reflexionando Ivan Illich **sobre la construcción social del concepto de enfermedad, afirmaba que en cada sociedad la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable** (Illich, 1996). A través de la idea de la medicalización, hacía énfasis en la autoridad de los profesionales sanitarios para establecer los límites de lo normal y catalogar como enfermedades conductas poco convencionales dentro de una sociedad, calificándolas de desviaciones y tratándolas mediante la prescripción de fármacos.

El concepto de «invención de enfermedades», acuñado hace casi 20 años por la periodista Lynn Payer, alude a las estrategias de la industria farmacéutica para fomentar el consumo de fármacos al ampliar la definición de enfermedades, enfermos y riesgos más allá de lo que la evidencia científica puede justificar (Payer, 1992). Mediante el mensaje y el medio, el marketing farmacéutico con fines de ampliación de los mercados actúa como agente socializador en la construcción social de enfermedades

**9. Promoción de medicamentos.** Las empresas farmacéuticas invierten en el marketing de sus fármacos una parte destacada de su presupuesto y esta promoción se dirige tanto a los profesionales como a la población general. La parte más importante de la

promoción (80%) se dirige a los profesionales e Instituciones, realizándose habitualmente a través de visitas, pequeños obsequios (por ejemplo, libros), inscripciones a congresos, etc., pero en ocasiones la influencia es más sutil a través de formación sesgada (charlas de expertos seleccionados, pseudo-jornadas o congresos científicos que son oportunidades promocionales, etc.). Otra parte de la promoción se dirige directamente a la población y, aunque representa un porcentaje menor (aproximadamente un 20% según alguna publicación), tiene

un impacto importante, ya que genera opinión y demanda. Especialmente para presionar a las autoridades de aplicación para que aprueben nuevas moléculas, que ya fueron aprobadas en otras latitudes.

La gran mayoría de las innovaciones se sitúan dentro del marco de las innovaciones comerciales y tecnológicas y muy pocas se pueden definir como verdaderos avances terapéuticos. De hecho, evaluaciones de la aportación terapéutica de los nuevos medicamentos aprobados en Canadá, Francia y EE.UU. muestran que, en el mejor de los casos, sólo un tercio de los nuevos medicamentos aprobados ofrecen un beneficio clínico adicional y únicamente el 3% de los nuevos medicamentos suponen un avance terapéutico importante (Lexchin, 2004. ISDB Declaration on therapeutic advance in the use of medicines, 2001).

La **promoción inadecuada o inapropiada de medicamentos** es un problema tanto en países desarrollados como en desarrollo, se carece de información independiente, comparativa y comprobada científicamente y actualizada para los prescriptores, los dispensadores y los consumidores. Los principales problemas de la publicidad inapropiada son la minimización de los riesgos, la exageración de los beneficios y los usos no aprobados. Medicina deshumanizada y biologicista. La medicalización, decía Paco Maglio, hace que la medicina se apropie de áreas que no le son propias como la normatización social, disciplinamiento y estigmatización. Esto lleva a que esos integrantes del mercado ejerzan el control social. Nosotros le decimos lo que debe hacer: normatización. Y lo que tiene que hacer: disciplinamiento. Si no lo hace la culpa es suya: estigmatización (Maglio, 2011). El médico está siendo controlado, por los financiadores, por los productores, por las carencias, por la falta de inversión en salud. Aumentará el control social por los especialistas y los superespecialistas.

Los pobres no podrán opinar. Los que tienen cobertura deberán cumplir con la función de normatización de sus actos (Bell, 1987. Shaw y col., 2004. Maglio, 2009).

**10. Preponderancia, jerarquización de la atención hospitalaria sobre la atención primaria,** en capacidad promocionada de resolución, en realización de estudios, en la especialización del cuidado, la posibilidad de resolución de algunas dolencias.

La tendencia **observada** en los últimos años de organizar la gestión de los recursos sanitarios en torno a la atención hospitalaria, *versus* la primaria. Los que -de momento- trabajamos en atención primaria -pero **provenimos** de la hospitalaria- no podemos ver con buenos ojos que dicha tendencia se transforme en una **fagocitosis** en toda regla -sufrida, entre otros, por los farmacéuticos de atención primaria- en la que los profesionales quedan con la sensación de que hay un nivel asistencial **superior** -superior en todo- y un nivel asistencial

**La promoción inadecuada o inapropiada de medicamentos es un problema tanto en países desarrollados como en desarrollo, se carece de información independiente, comparativa y comprobada científicamente y actualizada para los prescriptores, los dispensadores y los consumidores.**

**inferior** -así mismo, inferior en todo-. Hospitalocentrismo es el énfasis desproporcionado en la atención especializada, fragmentada y con excesiva influencia del mercado en la asignación de los recursos, generando incentivos negativos.

**11. Fascinación por la tecnología.** Existe el sentimiento creciente de que cualquier prueba es mejor que la simple valoración médica o de que la técnica última en aparecer es por definición mejor que las existentes previamente, y esto comporta pérdida de ciertos valores como la relación médico-paciente o el componente socio-cultural de los procesos. Doctor y no me va a pedir estudios, no hará falta una tomografía. No me agrega el antígeno prostático específico.

“la cultura de consumo inmoderado, la medicalización de la vida, una esperanza ilimitada en las capacidades de la ciencia médica, el traslado al sistema sanitario de la responsabilidad del paciente, la fascinación por la tecnología, el énfasis en el diagnóstico más que en la efectividad, la mercantilización de la relación médico-paciente...” (Diario Médico 2014).

**12. Expectativas ilimitadas.** Las expectativas, como todas las creencias y valores, vienen determinadas por factores externos e internos del sistema y están sometidas a cambios permanentes, siendo los profesionales una de las principales fuentes de dichas creencias/expectativas. La Sociedad, pero también los gestores y los profesionales (aunque en menor medida), espera resultados ilimitados de la medicina: pruebas para todo, curación de todas las enfermedades, prevención sin límites, etc. La tecnificación y los avances de la medicina han creado expectativas irreales llegando a la idea utópica de que la ciencia encontrará la solución a todas las enfermedades y problemas. Por este motivo, no se acepta que no existan soluciones o tratamientos para todas las patologías (Gérvas, et al., 2009).

“En los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante”. (Illich, 1999).

*La medicalización es el castigo por intentar ser un dios en lugar de un ser humano, devolviendo al individuo dentro de los límites que cruzó. La medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud. La dependencia respecto de los profesionales que atienden la salud influye en todas las relaciones sociales. En los países ricos, la colonización médica ha alcanzado proporciones morbosas; hay que reconocer, sin embargo, el carácter político de este proceso, al que denominaré “medicalización de la vida”.*

**El austríaco Ivan Illich en su libro *Némesis Médica***

### **13. Disminución de los niveles de tolerancia de la población.**

La Sociedad actual ha experimentado una reducción del nivel de tolerancia al dolor y al sufrimiento y requiere de la atención sanitaria para situaciones que antes eran aceptadas y resueltas sin necesidad de recurrir a los profesionales sanitarios. La gente piensa hoy que si un médico no lo cura porque no sabe lo suficiente o bien no tiene la suficiente cantidad de recursos a su disposición (Smith, 2002).

**Una parte importante de la información y de la publicidad aborda el tema de alimentos “saludables” (por ejemplo, cereales que regulan el ritmo intestinal, yogures con probióticos, etc.), de los que en muy pocos casos existen estudios que demuestren esas supuestas virtudes destacadas.**

### **14. Servicios y organizaciones basados en demandas y no en necesidades.**

La gente demanda cartilla médica, después no sabe elegir entre un número interminable de especialidades y de médicos, grandes hoteles que dan servicios de salud, sin equipos médicos que atiendan a los pacientes. Pacientes sin seguimiento longitudinal, falta de un modelo de atención que establezca el continuo de atención.

### **15. Información versus publicidad.**

En diversas ocasiones lo que es mera publicidad aparece camuflada como información bajo la fórmula de publiirreportaje, y a los lectores no siempre les resulta sencillo identificar que aquello es un mensaje publicitario pagado por una empresa con interés en su promoción

### **16. Sesgos de información o información intencionada.**

Dar a conocer en los medios de comunicación resultados terapéuticos, sugerir otros estudios con los informes. Un ejemplo claro lo consiguió magistralmente Pfizer con su fármaco sildenafil (Viagra®) como tratamiento de la disfunción eréctil. A partir de estudios con bastantes limitaciones metodológicas amplían la prevalencia del problema, llegando a hablar en su web de más del 50% de los hombres mayores de 40 años con algún problema de erección susceptible de tratamiento, enfatizan sus efectos psicológicos y posteriormente se modifican los criterios de tratamiento a la vez que se amplía el mercado utilizando a los medios de comunicación. En consecuencia, en la población ha calado la idea de que cualquier desviación de una perfecta función eréctil, es una enfermedad susceptible de tratamiento con ese medicamento.

### **17. Promoción de alimentos “saludables”.**

Una parte importante de la información y de la publicidad aborda el tema de alimentos “saludables” (por ejemplo, cereales que regulan el ritmo intestinal, yogures con probióticos, etc.), de los que en muy pocos casos existen estudios que demuestren esas supuestas virtudes destacadas. Ello contribuye a medicalizar una parte importante de la vida como es la alimentación y, además, generan falsas expectativas que crean decepción al no verse satisfechas.

**18. Fragmentación y segmentación de la atención.** Existe una creciente super-especialización de la medicina, lo que fragmenta la atención prestada. Cada persona acaba siendo atendida por diversos profesionales, cada uno con su historia clínica, con sus estudios, nadie ve a la persona completa. Esto determina que se genere un sobredimensionamiento de los problemas, lo que generalmente deriva en un mayor número de estudios realizados, de pruebas complementarias solicitadas, en muchas ocasiones simples repeticiones de la misma prueba, y de medicamentos prescritos con los riesgos y problemas que todo ello puede generar (Ivani Burzstyn Kushin, 2010).

### 19. Multiempleo y despersonalización.

**Sobrecarga de trabajo.** Uno de los grandes problemas sin resolver en la asistencia sanitaria, especialmente en Atención hospitalaria. Este exceso de demanda determina que el tiempo disponible para cada paciente sea escaso, siendo difícil establecer, en el escaso tiempo disponible, las verdaderas necesidades y demandas de los pacientes, sus conocimientos sobre el tema y sus po-

sibilidades de autocuidados, traduciéndose todo ello en la realización de pruebas y la prescripción de tratamientos innecesarios que fomentan la medicalización. No puede dejar de comentarse en este apartado que, en ocasiones, la sobrecarga de trabajo es la razón esgrimida para no realizar algunas actividades y de justificar la forma de realización de otras (Martínez Suarez). El acelerado avance del conocimiento científico y tecnológico de las últimas décadas, que generó una medicina exitista y súper-especializada, se refleja en la práctica médica, el médico depende cada vez más de personal y equipos especializados, y la organizaciones hospitalarias en si, que se vuelven mega organizaciones, mucho más complejas administrativas y tecnológicamente, y con un complejo sistema prestacional, es decir, con nuevas especialidades médicas, nuevos grupos de profesionales, y nuevas tecnologías, más productividad, menos tiempos, con los pacientes, con el “escuchatorio” no el interrogatorio, como dice Paco Maglio en su libro la dignidad del otro (Maglio, 2012). Más que una medicina basada en la evidencia, se deben desarrollar una medicina basada en la narrativa.

“La relación médico paciente se “tecnologiza” y se “despersonaliza”, por eso es alienante, desaparece el “otro” como persona. En este contexto, para el paciente, el médico es un técnico con guardapolvo que extiende recetas y para el médico, el enfermo es un “libro de texto”, con signos y síntomas que hay que interpretar y codificar. En este tipo de RMP desaparece la “otredad” humanizada, son dos “yoidades» despersonalizadas, un (des)encuentro”. Desaparece aquel concepto de enfermo de Miguel de Unamuno: “*un ser humano de carne y hueso que sufre, piensa, ama y sueña*”. Esta despersonalización lleva al desgaste, al desánimo y a la desesperanza, tríada característica del burnout. Esta “medicina basada en la evidencia” en la que el pacien-

te es un dato estadístico y el médico un administrador, más allá de su eventual valor técnico-científico, la debemos “des-alienar” con una “medicina basada en la narrativa” que no se opone a la visión médico-técnica sino que la enriquece con la visión desde el paciente (Greenhalgh, 1999).

### 20. La era de la factorología. Conversión a enfermedad de los factores de riesgo.

Existe una tendencia creciente a tratar como enfermedad lo que no son más que factores de riesgo, convirtiendo en

enfermos personas que únicamente tienen aumentado su riesgo de enfermar y sin que en muchos de los casos existan evidencias del beneficio de actuar sobre dichos factores. El hombre de estos tiempos, según la medicina evolucionista es un primate adipocítico sarcopénico. Esto impulsa la **era de la factorología**, que hace a que casi todos los seres humanos se conviertan en pacientes tengan **enfermedades paramétricas** sin síntomas o correlato clínico, los “pre-enfermos”, pero que los hace pasibles de tomar medicamentos de por vida,

toda la población posible de estar medicada, para ello tenemos lo que se denomina prevención cuaternaria. Modificar definiciones de las enfermedades para que los sanos se consideren enfermas y deba medicarse. La **prevención cuaternaria** son las acciones que deben aplicarse para evitar la sobreutilización de prácticas en pacientes que no lo necesitan. Prevención cuaternaria es el conjunto de intervenciones que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del intervencionismo médico y del sistema sanitario (De Vito, 2013).

**Dice Bunge en su último libro filosofía para médicos:** Es verdad que se habla a menudo de la “probabilidad” de que tal tratamiento cure tal mal, pero este uso del concepto de probabilidad es incorrecto, porque el concepto en cuestión es teórico, no empírico. Las “probabilidades” de que se habla en medicina y en epidemiología son en realidad frecuencias relativas, y éstas no están necesariamente (lógicamente) relacionadas con el azar (Bungue, 2012).

**21. Medicina defensiva.** Es el resultado de la judicialización de la medicina, por los eventos adversos, las infecciones intrahospitalarias y responsabilidad médica, por la dimensión prestacional, por la responsabilidad del estado por la asistencia sanitaria. Están inmersos la política sanitaria, el marco regulatorio, la asignación de recursos, la implementación de la gestión de los pacientes, la cobertura, la oferta de servicios y los insumos técnicos. La judicialización debe ser vista como el contexto de la relación con los otros derechos tutelables. El estado debe tomar acción para satisfacer progresivamente este derecho, de acuerdo con los recursos disponibles (maglio, 1998).

**El acelerado avance del conocimiento científico y tecnológico de las últimas décadas, que generó una medicina exitista y súper-especializada, se refleja en la práctica médica, el médico depende cada vez más de personal y equipos especializados**

Es por la Transferencia de riesgo, de la responsabilidad solidaria por la praxis médica hacia los médicos y las instituciones, con los financiadores. Probablemente en relación con varios de los puntos ya comentados (sobrecarga asistencial, trabajo con incertidumbres, falta de evidencias en muchas situaciones, etc.), junto con el temor a posibles denuncias, existe una tendencia creciente a realizar una medicina defensiva que se traduce en más pruebas complementarias y más tratamientos “por si acaso” que contribuyen al proceso de medicalización de los problemas.

La legislación, la justicia, los abogados, comenzó a entrar de manera mucho más intensa en los hospitales y en la conducta práctica del médico que no podía confiarse exclusivamente en su ciencia y en su buena conciencia, se debe estar pendiente de la licitud y la economía de sus acciones y decisiones (Marquet, 2206).

**22. Inercia “medicalizadora” y “farmacologizadora”, burocratizadora**, entendiéndose como tal la tendencia inmediata a realizar una intervención, generalmente solicitar alguna prueba complementaria o pautar un tratamiento farmacológico, cada vez que una persona consulta, sea cual sea el motivo de la misma. También puede quedar englobado en este apartado el seguimiento inadecuado de procesos con tendencia a aumentar dosis o añadir nuevos fármacos ante la persistencia de síntomas, signos o alteraciones en las pruebas complementarias, sin verificar si dicha persistencia puede deberse a situaciones como el incumplimiento terapéutico.

**23. Prescripción inducida.** Si bien es cierto que el problema de medicalización en general, y farmacologización en particular, es común a todos los sectores sanitarios, no es menos cierto que en la Atención Hospitalaria este problema se ve acrecentado. Esto repercute negativamente en la Atención Primaria, ya que una parte importante de su prescripción es inducida (30-45%), y porque, aunque existe desacuerdo en una parte importante de esta prescripción inducida (15-30%), es difícil de solventar.

Otro foco de prescripción inducida son los hospitales, por ello una fuerte acción de difusión está en “conquistar a los formadores de opinión” que son los jefes de servicios hospitalarios, por allí se incorporan las nuevas drogas y se imponen, y se induce la prescripción en ambulatoria, esta medicación me la dieron en el hospital y me salvaron la vida (Fernandez Liz y col., 2004).

En un estudio interesante, se observa **un 90% de las visitas acaba con prescripción**. Un 58% de los pacientes recuerda tomar una o más de medicación inducida, MI. Fueron **inducidas un 72% de las prescripciones analizadas, que provenían en su mayoría de la asistencia pública** (66%), de la medicina privada (20%) y de

automedicaciones (11%). No existe conformidad en casi la mitad de la MI, pudiéndose modificar, tan sólo, un 13%. La MI sin conformidad y sin posibilidad de cambio es superior en: mujeres, tercera edad, pensionistas, patologías psíquicas y mala relación médico-paciente. Procede principalmente de mutuas, farmacias, automedicaciones, antiguos cabeceras y privados (Barcelo Colomer, 2000).

## 2.1 Indicadores de la medicalización (Russell, 2009)

- Consumo de fármacos.
- Uso de tecnologías en salud.
- Utilización de los servicios sanitarios.
- Extensión de los servicios sanitarios.
- Influencia de la medicina en territorios previamente no médicos.
- Incremento de dispositivos de vigilancia y supervisión generalmente preventivos.
- Cobertura mediática temas de salud y medicina.
- Iatrogenia.

## 3. Que deberíamos hacer los gestores o gerentes

Debe ser un objetivo estratégico, actuar sobre las nuevas formas de medicalización de la vida de las personas, basado en la **atención centrada en el paciente-persona**, la *desmedicalización*, la humanización de la atención y la reivindicación de la profesión de los integrantes del equipo de salud.

Primero se tendrá que **modificar la organización del sistema de salud**, reduciendo la fragmentación mediante la elevación del sector público de atención, mejorar la accesibilidad apropiada y pertinente,

**ordenar la gestión de pacientes**, redirigir la demanda evitando el hospitalo centrismo, ofrecer la mejor medicina en la **atención primaria orientada a la comunidad y ampliada**.

**Escuchar a los pacientes**, tolerar su narrativa, para identificar la demanda, las expectativas de los pacientes. **Reconvertir las creencias de la población con educación para la salud**, reconocimientos y ajuste de expectativas, dando información correcta sobre la capacidad real del sistema en general y de la respuesta del sistema

sanitario. Reconocimiento de la normalidad, **no convertir todo en enfermedad. Basta de factorología**

### 3.1 Contratos de transferencia de riesgo, de riesgo compartido y de mejora de ingreso profesional

**Crear posiciones de vinculación y gestores de casos.** Darle servicios continuos a los pacientes suministrar continuidad de la atención.

**Debe ser un objetivo estratégico, actuar sobre las nuevas formas de medicalización de la vida de las personas, basado en la atención centrada en el paciente-persona, la desmedicalización, la humanización de la atención y la reivindicación de la profesión de los integrantes del equipo de salud**

**Visión integral e integrada del paciente.** La visión integral del paciente con todos sus problemas evitará la sobre actuación, más visitas, más pruebas diagnósticas y más tratamientos, que la fragmentación de la atención genera.

**Disminuir la variabilidad de la prestación médica.** El seguimiento de recomendaciones de la atención, de las sociedades científicas, **guías de práctica clínica**, promoción de los valores de la medicina, **atención primaria como eje del sistema**, invertir en atención primaria. Promoción de la investigación independiente.

Exigir a los políticos y las autoridades de salud que delimiten la cartera de servicios, **no se puede dar todo a todos**, sino en base a necesidades reales y criterios científicos, **no sobredimensionar la**

**prevención a través de campañas sanitarias**, no impulsar los medicamentos que no tengan evidencia demostrada y reducir la burocratización sanitaria de la vida, que suponen los informes de salud.

**Evaluar la entrada de nuevos fármacos**, de forma adecuada y rigurosa y la pertinencia de otras intervenciones médicas cuya evidencia no ha sido demostrada. **Crear mecanismos eficientes de regulación y control de las actuaciones de la industria farmacéutica**, exigir información veraz y transparencia acerca de los nuevos fármacos y controlar la promoción. Cubrir las prestaciones judicializadas mediante el asesoramiento de entidades intermedias especializadas, **agencias permanentes de evaluación de tecnologías trabajando cooperativamente** y con conocimiento científico, en ocasiones dar mucho a algunos que no lo necesitan es muy injusto.

## Bibliografía consultada

- Aiach y Delaue. L'ère de la medicalización. 1998.
- Barcelo Colomer E Prescripción inducida, grado de conformidad y ... ¿ posibilidad de cambio en atención primaria?. Atención primaria. 2000. 26.4
- Bell SE. Changing ideas: The medicalization of menopause. Social Science and Medicine. 1987;24(6):535-552
- Bellón JA. La demanda inducida por el profesional: aplicaciones de la teoría económica a la práctica clínica. Aten Primaria. 2006; 38:293-8.
- Belmartino S. Modelo Médico Hegemónico. Ponencia. <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>
- Blech J. Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes. Barcelona: Destino; 2005.
- Bungue M Filosofía para médicos. 2012.
- Conrad P. 2011. <https://egavilan.wordpress.com/2011/05/27/%C2%BFcuanto-no-cuesta-la-medicalizacion-de-la-vida/>
- Conrad, P.: The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. JHU Press, 2007.
- Cura I, López García Franco A. La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria. 2008 atopus.
- De Ferranti S, Ludwig DS. Storm over statins. The controversy surrounding pharmacologic treatment of children. N Engl J Med. 2008;359: 1309-12
- De Vito EA. Prevención cuaternaria. Editorial. Medicina Buenos Aires. 2013. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v73n2/v73n2a18.pdf>
- Diario médico 2014. Diciembre. <http://www.diariomedico.com/2014/12/15/area-profesional/sanidad/medicina-de-mas-que-sobreexpone-paciente>
- Evans R. Supplier-Induced Demand; Some empirical evidence and implications." in Mark Perlman, ed., The economics health and medical care. London 1974.
- Faraone S, Barcala A, Bianchi E, Torricelli F. La industria farmacéutica en los procesos de medicalización / medicamentación en la infancia. Margen. Revista de trabajo social y ciencia sociales. 54.2009
- Faraone S, Barcala A, Torricelli F, Bianchi E, Tamburrino MC. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicalización de la infancia. 2010. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1110>
- Fernandez Liz E Rodríguez Cumplido D, Diogene Fadini W. Grupo de estudio de prescripción inducida. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedentes del hospital de referencia, Hospital Universitario Vall D'hebron. Atención primaria. 2004.
- Gervas J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. Rev Innovación Sanit Aten Integrada. 2009; 4:6. Disponible en: <http://pub.bsaulut.net/risai/ vol1/iss4/6>.
- Greenhalgh T: "Narrative Based Medicine". British Medical Journal. January, 1999. 318:323.
- Illich I. Némesis médica. México: Ediciones Joaquín Mortiz; 1976.
- Illich Le monde Diplomatique. 1999.
- ISDB Declaration on therapeutic advance in the use of medicines, 2001
- Ivani Burzstyn Kushin R, Giovannella Ligia, Stolkiner A, Stermann-Heiman L, Riveros MI, Sollazo A. Notas para el estudio de la atención primaria en contextos de sistemas de salud. Rev Salud Pública 12.77-88 2010.
- Kraus A. Urdir enfermedades: otras reflexiones. <http://www.jornada.unam.mx/2008/02/27/index.php?section=opinion&article=022a2p0l>
- Lexchin J. Are new drugs as good as they claim to be? Aust Prescr 2004;27:2-3
- Lobos JM. Guía de factores de riesgo cardiovasculares. 2010. [http://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/GUIA\\_CARDIO\\_interior.pdf](http://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/GUIA_CARDIO_interior.pdf)
- Maglio F. El escuchatorio en la relación médico paciente. 2012.
- Maglio F. La dignidad del otro. Puentes entre la biología y la biografía. Colecciones del Zorzal. 2009
- Maglio F. Medicalización como instrumento del modelo médico hegemónico. Conferencia ofrecida en el Aula magna del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. 2011.
- Maglio I. La medicalización de la vida como causa de reclamos contra la práctica médica. Medicina (Buenos Aires). 1998; 58: 548-53.
- Mainetti JA. La medicalización de la vida. [http://electroneubio.secyt.gov.ar/medicalizacion\\_de\\_la\\_vida.htm](http://electroneubio.secyt.gov.ar/medicalizacion_de_la_vida.htm). 2006.
- Marquet R. La obsesión por la salud. FMC. 2006; 13:507-9.
- Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria. 2003; 5 (2): 47-53.
- Martínez Suarez V. Salud pública, medicalización de la vida y educación.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease-mongering. British Medical Journal. 2002;324(7342):886-891.
- Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. British Medical Journal. 2003;326:45.
- Moynihan y col. The fight against disease mongering: generating knowledge for action, PLoS Medicine, abril de 2006, Vol. 3, No 4,
- Payer L. Disease-mongers: how doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. Nueva York: John Wiley & Sons; 1992.
- Payer y col. Disease-mongers: How doctors, drug companies, and insurers are making you feel sick. Nueva York, Wiley & Sons, 1992. Citado en: Tiefer, Leonore. Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activists resistance. PLoS Medicine, Vol 3, Issue 4, 0436-0440, abril 2006
- Ponte C. 2009. <http://www.lne.es/oviedo/2009/10/22/carlos-ponte-gran-medicalizacion-sociedad-genera-enfermedades-inventadas/824442.html>
- Público. Usted está enfermo. Padece una vida normal. 3.2014. <http://www.publico.es/510165/usted-esta-enfermo-padece-una-vida-normal>
- Ruiz Cantero MT La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. Editorial Gaceta sanitaria. 25.3.Mayo Junio 2011.
- Russell A. The social basis of medicine 2009. Wiley-Blackwell
- Shaw I, Woodward L. The medicalization of unhappiness? The management of mental distress in primary care. En: Shaw I, Kauppinen K, editors. Constructions of Health and Illness: European Perspectives. Aldershot: Ashgate; 2004.
- Smith R. Limits to Medicine: Medical Nemesis: The expropriation of Health (book review). British Medical Journal. 2002;324:923.
- Sonogo B. Arquitectura y salud mental. 2010.
- Temporelli KL. El sistema de pago a médicos como incentivo a la inducción de la demanda.
- Vara AM. Como medicalizar la vida diaria. La creación de enfermedades o "disease mongering". <http://www.foroaps.org/files/ygjytkgkgyt.pdf>