

## Sumario

### ■ EDITORIAL

#### CREACIÓN DE ENFERMEDADES

### MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA – CREACIÓN DE ENFERMEDADES

#### ■ ¿QUÉ ES LA MEDICALIZACIÓN?

#### ■ EXPANSIÓN TERAPÉUTICA

#### ■ PROTAGONISTAS DE LA MEDICALIZACIÓN

- INDUSTRIA FARMACÉUTICA
- MEDIOS DE COMUNICACIÓN
- ADMINISTRACIÓN SANITARIA
- POBLACIÓN
- PROFESIONALES

#### ■ ¿VAMOS EN LA DIRECCIÓN ADECUADA?

## EDITORIAL

### Creación de enfermedades

La creación del consumidor insatisfecho al servicio de la producción abarca todos los aspectos de la vida. La salud no es ajena a esta realidad.

La salud se entiende cada vez más como un artículo de consumo que se puede comprar en la farmacia: frente al dolor, el resfriado o el ardor de estómago tenemos una pastilla que nos permite "seguir con nuestro ritmo de vida". La lógica de este modelo consumista de salud conlleva un salto hacia adelante: ya que los medicamentos "curan" las enfermedades, ¿por qué no ampliar la definición de "lo patológico" e incluir también circunstancias vitales como el embarazo, la menopausia, el envejecimiento y la infelicidad, factores de riesgo como la osteoporosis y la hipercolesterolemia o, incluso, aspectos estéticos como la calvicie y las arrugas?

Esta categorización de los procesos normales de la vida como "procesos médicos", lleva a que las personas vayan perdiendo la capacidad de decidir sobre sus vidas, mientras en ellas se afianza la seguridad de estar haciendo lo correcto al acudir a "los expertos" y seguir sus consejos. Así, lo que de hecho son problemas socioculturales (paro, sedentarismo, soledad...) acaban transformándose en enfermedades individuales.

Conscientes de que cualquier alusión a lo que se ha dado en llamar la "medicalización de la vida" es polémica e incluso provocadora, nos gustaría plantear este boletín como un sano ejercicio de reflexión. Citando a Richard Smith en su etapa de editor de la revista British Medical Journal (BMJ): "Con toda seguridad, tomar conciencia sobre la naturaleza resbaladiza del concepto de enfermedad nos aportará muchos beneficios y ninguna pérdida".

Produkcioaren zerbitzura dagoen kontsumitzaile aseeginaren sor-kuntzak bizitzaren alderdi guz-tiak barne hartzen ditu. Osasuna ez dago errealtate horretatik kanpo.

Osasuna gero eta gehiago hartzen da farmazian eros daitekeen kontsumo-gai bezala, hala nola: minari, hotzeriari edo bihotzerreari aurre egiteko "gure bizitza-eritmoarekin jarraitzen" uzten gaituen pastilla bat daukagu. Osasunaren eredu kontsumista horren logikak aurre-rapauso bat dakartza berekin: botikek gaixotasunak "sendatzen" dituztenez, zergatik ez dugu "patologiko" hitzaren definizioa zabaltzen eta beste hauek ere sartzen:

bizi-egoerak (esate baterako: haurdunaldia, menopausia, zahartzea eta zoritxarreko izatea) edo arrisku-faktoreak (osteoporosia eta hipercolesterolemia), baita alderdi estetikoak ere (burusoiltasuna eta zimurrak)?

Bizitzaren prozesu arruntak "prozesu mediko" gisa sailkatze horren eraginez, pertsonak haien bizitzetarako zer den egokia aukeratzeko gaitasuna gaitzera daramatza eta, bestalde, pertsonotan "adituengana" jotzean eta haien aholkuak jarraitzean zuzena dena egiten ari direnaren segurtasuna finkatuago dago. Horiek horrela, berez arazo soziokulturalak direnak (langabezia, bizimodu sedentarioa, bakardadea...) gizabanakoaren gaixotasun bihurtzen ari dira.

Jakin badakigu, "bizitzaren medikalizazioa" deitu izan denari buruzko edozein aipamen egiteak polemika baita probokazio gisa ere har daitekeela; hortaz, buletin hau gogoeta egiteko ariketa osasungarri bezala planteatzea gustatuko litzaiuke. British Medical Journal (BMJ) izeneko aldizkariko editorea zenean Richard Smith-ek idatzitako hitzak aipatuz: "Segurantzaz osoz, gaixotasun-kontzeptuaren izaera irris-takorrari buruz kontzientzia hartzeak mesede asko ekarriko dizkigu eta galera bat bera ere ez".

*"La clave para la prosperidad económica consiste en la creación organizada de un sentimiento de insatisfacción"*

*(Charles F. Kettering, vicepresidente de General Motors, 1929).*

## MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA – CREACIÓN DE ENFERMEDADES

### ¿QUÉ ES LA MEDICALIZACIÓN?

La medicalización se define como el proceso por el que problemas no médicos se tratan como problemas médicos, normalmente en términos de enfermedad o trastorno<sup>1</sup>. Medicalizar la condición humana supone aplicar una etiqueta diagnóstica a sentimientos o comportamientos desagradables o no deseables que no son claramente anormales pero que se sitúan en un área nebulosa difícil de distinguir de toda una gama de experiencias que a menudo van ineludiblemente unidas al hecho de ser persona<sup>2</sup>.

Por otro lado, se puede considerar una “no-enfermedad” como un “proceso o problema humano definido desde alguna instancia como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así”. Para esto se requiere aceptar que no todo sufrimiento es una enfermedad<sup>3</sup>, en contraposición con la definición propugnada por la OMS, según la cual la salud se define como un completo bienestar físico, psicológico y social, algo que según Imrte Loeffler, ingeniero cirujano y ensayista, se alcanza sólo en el punto del orgasmo simultáneo, dejándonos a la mayoría de la población enferma durante la mayor parte del tiempo<sup>4</sup>.

La medicalización se ha extendido a múltiples ámbitos de la vida. Basta observar las respuestas de los lectores del BMJ a la pregunta de qué consideran “no-enfermedades”<sup>4</sup>.

Top 20 de no-enfermedades en orden descendente de “no-enfermedad” (votación lectores BMJ)	
1 Envejecimiento	11 Parto
2 Trabajo	12 Alergia al siglo XXI
3 Aburrimiento	13 Jet lag
4 Bolsas en los ojos	14 Infelicidad
5 Ignorancia	15 Celulitis
6 Calvicie	16 Resaca
7 Pecas	17 Ansiedad por el tamaño del pene
8 Orejas grandes	18 Embarazo
9 Canas, pelo gris	19 Cabreo al volante
10 Fealdad	20 Soledad

### EXPANSIÓN TERAPÉUTICA

Algunas formas de medicalización podrían describirse como invención de enfermedades. Se pueden presentar en distintas variantes:

- Percibir problemas naturales de la vida como problemas médicos: calvicie, embarazo, duelo
- Percibir problemas personales y sociales como problemas médicos: timidez/fobia social
- Sobredimensionar la frecuencia de síntomas: disfunción eréctil, disfunción sexual femenina, andropausia
- Sobredimensionar la gravedad de síntomas leves: colon irritable
- Traducir el riesgo en enfermedad: hipercolesterolemia, osteoporosis
- Traducir la presencia de factores genéticos en enfermedad: genes BRCA y cáncer de mama y ovario, hemocromatosis.

La idea de que “prevenir es siempre mejor que curar” está bien arraigada en la sociedad actual. Vivimos en la “cultura del riesgo”. El riesgo epidemiológico, la simple asociación estadística entre un factor de riesgo y una enfermedad, se convierte en cuasi enfermedad, o en causa necesaria y suficiente de la misma<sup>5</sup>. Es más, se puede decir que el riesgo ha pasado a ser considerado una enfermedad prevalente.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que la prevención puede provocar yatrogenia, tanto por las actividades diagnósticas como por la instauración de tratamientos. El sobrediagnóstico crea ansiedad, detectamos enfermedades en personas que hubiesen vivido y muerto (por otra causa) sin que su enfermedad se hubiese detectado nunca. Este entorno excesivamente intervencionista ha llevado a acuñar términos como la *prevención cuaternaria*, entendida como “las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables”<sup>5</sup>.

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 les siguen<sup>3</sup>.

Como señala Peter Skrabanek “puesto que la vida es una enfermedad universal de transmisión sexual y mortal de necesidad, vivirla con plenitud requiere un equilibrio entre el riesgo razonable y el no razonable”<sup>6</sup>.

### PROTAGONISTAS DE LA MEDICALIZACIÓN

Cada vez que se etiqueta una nueva “enfermedad”, curiosamente, existe siempre un tratamiento a mano para el proceso. Todos participamos en este proceso de medicalización de la vida:

#### 1. Industria farmacéutica

Las empresas farmacéuticas destinan un alto porcentaje de su presupuesto a I+D. Esto no sólo genera beneficios sociales, también repercute en el poder económico de las grandes corporaciones químico-farmacéuticas, situando su capacidad económica por encima de la de muchos países desarrollados.

Nos deberíamos preguntar si los recursos invertidos en I+D responden a las necesidades sociales o si, por el contrario, es el marketing el que está diseñando la percepción de las necesidades sociales a las que supuestamente responde la I+D de la industria farmacéutica.

La población enferma, susceptible de recibir medicamentos, es una minoría. El interés económico de la industria farmacéutica en persuadir a la población sana de que necesita atención para mantenerse así mediante chequeos y medicación preventiva resulta claro. En el Reino Unido el 70% de la población toma algún medicamento para tratar o prevenir enfermedades o para mejorar su bienestar<sup>7</sup>.

Los elementos de marketing que emplea la industria son similares ya se trate de promocionar un medicamento, un instrumento diagnóstico o una nueva “enfermedad”: implica a líde-

res de opinión, referentes de cada sector, sociedades científicas, grupos organizados de pacientes o medios de comunicación a los que la industria "desinteresadamente" les aporta información y financiación.

Otra forma empleada por la industria farmacéutica para lograr que los médicos prescriban es la facilitación de los medios diagnósticos a los centros sanitarios a un supuesto coste cero o mínimo<sup>3</sup>.

## 2. Medios de comunicación

La salud "vende" y las noticias sobre salud son cada vez más habituales en los medios de comunicación. Pero lo noticiable se asocia a acontecimientos novedosos, inusuales, improbables o deseados, elementos muy poco habituales en medicina.

En esta búsqueda de lo noticiable, la visión que nos ofrecen los medios de comunicación sobre el ámbito médico y la salud tiene aspectos claramente distorsionados:

- La medicina se presenta como una ciencia exacta y omnipotente.
- Se exagera la relevancia social de síntomas y enfermedades.
- Se favorece la utilización de medicamentos y técnicas intervencionistas en tanto que se trivializa la importancia de mantener un estilo de vida saludable.

Sin embargo, los medios de comunicación podrían ejercer una influencia positiva, si bien alejada del concepto de lo noticiable. Por ejemplo, en el uso de intervenciones de asistencia sanitaria, estimulando el uso de los servicios eficaces y desalentando los de efectividad no comprobada<sup>3, 8</sup>.

## 3. Administración sanitaria

En el proceso de medicalización hay un actor menos evidente y que habitualmente interviene por omisión: la administración sanitaria.

La administración sanitaria tiene como misión identificar las necesidades terapéuticas y definir y liderar las políticas sanitarias. Sin embargo, a menudo elude esta misión al rehuir la definición explícita de prestaciones incluidas y excluidas en las carteras de servicios o al asumir como válidas las innovaciones presentadas por la industria, sin una evaluación previa de su necesidad.

Las instituciones tienden a incluir tecnologías o intervenciones sanitarias no suficientemente valoradas que 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.

Centrándonos en las agencias reguladoras de medicamentos, se puede decir que el modelo vigente en la actualidad falla desde su base, ya que su objetivo principal es autorizar los nuevos medicamentos en el menor tiempo posible, desatendiendo otros criterios fundamentales como la necesidad y el valor relativo respecto a otras alternativas terapéuticas. Esta crítica encaja perfectamente con el hecho de que la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) está adscrita a la Dirección General de Industria de la Comisión Europea y no a la de Salud Pública y Consumo<sup>9</sup>.

## 4. Población

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

Dentro de la cultura consumista imperante, la población asume con naturalidad, entusiasmo incluso, el mensaje difundido por la industria farmacéutica, los medios de comunicación y los propios profesionales sanitarios de que ante gran parte de los procesos y problemas vitales, la medicina tiene la solución.

Así, cuanto mayor es la oferta de salud, mayor es la percepción de necesidades y enfermedades existente. Se exige a la medicina que ponga fin al sufrimiento corporal, conserve la juventud y prolongue la vida hasta el infinito<sup>10</sup>.

El proceso de medicalización convierte a los individuos en pacientes al considerarlos enfermos o enfermos potenciales. Frecuentemente las terapias se prescriben 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 valoración de los riesgos de cada uno.

La participación de los pacientes en la toma de decisiones es un reto ineludible en la actualidad. Hay algunas evidencias de que las personas bien informadas son más conservadoras que los médicos en el caso de tratamientos preventivos con medicamentos. No está claro que esto sea así en otro tipo de intervenciones<sup>3</sup>.

## 5. Profesionales

Los médicos se encuentran en el núcleo de la medicalización. Son tanto los agentes imprescindibles para que este proceso prospere, como las víctimas de una sociedad que demanda que la medicina dé solución a todos sus problemas y de abogados que buscan clientes a las puertas de los grandes hospitales.

Los médicos solicitan de sus instituciones una mayor inversión en sanidad para hacer frente a la situación actual de demanda creciente con recursos inadecuados. De hecho, ésta es una de las fuentes de insatisfacción profesional en todo el mundo.

Los médicos y las sociedades científicas suelen participar con entusiasmo en la incorporación de nuevas tecnologías o la descripción de nuevas enfermedades. Ligado a la esperanza de proporcionar el máximo beneficio para los pacientes, está presente el deseo de que se amplíen las áreas de trabajo, se abran nuevas puertas al desarrollo profesional, la especialización y la superespecialización, conseguir más beneficios económicos (exceso de intervenciones cuando se paga por proceso) u obtener beneficios en términos de capacidad de influencia y prestigio.

Por otro lado, la incertidumbre es un factor importante ligado a la medicalización. En las áreas grises de la medicina, aquellas en que los límites entre la normalidad y la patología son difíciles de establecer, abundan los ejemplos de medicalización.

El ejercicio de la medicina sin participación del paciente puede ser otro factor que conduzca a la medicalización. Hacer una medicina más participativa supone también un cambio cultural por parte del médico que implica una pérdida de control y la exigencia de aprender otras habilidades, actitudes y aptitudes. Este cambio está comenzando a darse ya en la población con el aumento del nivel educativo y el mayor acceso a la información (internet, medios de comunicación)<sup>3</sup>.

## ¿VAMOS EN LA DIRECCIÓN ADECUADA?

La medicalización de la condición humana supone la intromisión de la medicina en ámbitos de la vida ajenos a ella, etiquetando como enfermas a personas sanas. La categorización de los problemas vitales como "problemas médicos" merma la capacidad de decisión de las personas sobre sus propias vidas. De esta manera, las personas se convierten en "pacientes" y los problemas sociales se transforman en enfermedades individuales.

La oleada de "epidemias del siglo XXI" que nos invade (obesidad, osteoporosis o depresión, por poner unos ejemplos) puede ser sólo el preludio de lo que está por venir. La utilización acrítica de los avances en genética podría convertirnos en una sociedad en la que la totalidad de la población tenga identificado al menos un factor de riesgo de enfermedad y, siguiendo con el pensamiento dominante, haya de ser por tanto tratada médicamente.

Pero, ¿favorece a alguien la catalogación de grandes masas de población como enfermas? Del análisis realizado se deduce que todos los participantes en la "medicalización de la vida" recibimos alguna compensación de la misma. Sin embargo, nos parece obvio que este modelo no favorece a la sociedad en su conjunto y que, es más, su extensión obliga a sustraer recursos de otros ámbitos

con una mayor rentabilidad social. Quizá nos deberíamos plantear si el modelo de medicalización de la vida es sostenible social y económicamente. ¿Es necesario tener a tanta población sometida a medicación preventiva cuando contamos con los mejores niveles de salud y esperanza de vida de la historia de la humanidad?

La cultura dominante nos condiciona a que actuemos como seres pasivos. 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.

En la era del asociacionismo e internet, los profesionales sanitarios tienen ante sí importantes retos: compartir su poder y devolver la capacidad de decisión a los pacientes, estimular la autonomía y el autocuidado, potenciar el conocimiento de cuidados sanitarios simples y efectivos y resistir a la categorización de los problemas vitales como médicos<sup>11</sup>.

Es necesario que recordemos que **no todo síntoma expresa enfermedad** y que, a pesar de los asombrosos adelantos de la medicina moderna, **hay todavía mucho que no se puede curar**.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mintzes B. For and against: Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience: For. *BMJ*. 2002;324(7342):908-9.
2. Chodoff P. The medicalization of the human condition. *Psychiatr Serv*. 2002;53(5):627-8.
3. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y sanitaria*. 2003; 5 (2): 47-53.
4. Smith R. In search of "non-disease". *BMJ*. 2002;324(7342):883-5.
5. Gervás J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria*. 2003;32(3):158-62.
6. Ebrahim S. The medicalisation of old age. *BMJ*. 2002;324(7342):861-3.
7. Heath I. Who needs health care-the well or the sick? *BMJ*. 2005;330(7497):954-6.
8. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Intervenciones de medios masivos de comunicación: efectos sobre la utilización de servicios sanitarios. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. ISDB EU Declaration on pharmacovigilance. Berlin January 2005. [Accedido el 4/08/2005]. Disponible en: <http://www.isdbweb.org>
10. Illich I. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde diplomatique* 1999 mars pp. 28. [Accedido el 4/08/2005]. Disponible en <http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802>
11. Moynihan R, Smith R. Too much medicine? *BMJ*. 2002;324(7342):859-60.

### OTRAS LECTURAS RECOMENDADAS:

- Blech J. *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes*. 1ª ed. Barcelona: Destino. Colección imago mundi, volumen 65; 2004.
- Sánchez Ferlosio R. *Non olet*. 1ª ed. Barcelona: Destino. Colección imago mundi, volumen 30; 2003.
- BMJ*. 2002;324(7342). Número monográfico sobre medicalización.

Fecha revisión bibliográfica: 10 de junio 2005

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: [cevime-san@ej-gv.es](mailto:cevime-san@ej-gv.es)

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Arrate Bengoa, Arribe Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Anabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M<sup>a</sup> José López, Javier Martínez, Javier Meana, Carmela Mozo, Elena Olloquegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.

ISSN: 1575054-X  
D.L.: BI-587-99



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco