



MISCELÁNEAS

LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

LIFE MEDICALIZATION

Dr. Daniel Elío-Calvo*

RESUMEN

Luego de una reflexión sobre la felicidad del ser humano y la tendencia moderna de equipararla a la salud, se hace un recuento evolutivo del concepto de salud y enfermedad. Se desarrolla la medicalización de la vida, entendida como la invasión de la medicina en aspectos de la sociedad y la vida que no son patológicos en sí mismos ni pasibles de tratamiento, en su conceptualización, proceso, protagonistas y consecuencias. Se refiere las no-enfermedades y la prevención cuaternaria, como procesos colaterales. Se concluye con una crítica literaria de la medicalización.

Palabras Clave: filosofía y medicina – salud y enfermedad – medicalización de la vida – no-enfermedades – prevención cuaternaria

ABSTRACT

After a reflection on the happiness of the human being and the modern tendency to equate it to health, an evolutionary account of the concept of health and disease is made. The medicalization of life is developed, understood as the invasion of medicine in aspects of society and life that are not pathological in themselves or subject to treatment, in its conceptualization, process, protagonists and consequences. Non-diseases and quaternary prevention are referred to as collateral processes. It concludes with a literary critique of medicalization.

Keywords: philosophy and medicine – health and disease – life medicalization -- non-diseases – quaternary prevention

INTRODUCCIÓN

El hombre ha buscado siempre la felicidad; todos aspiramos a ser felices, aunque la idea de felicidad no está claramente establecida. Según la Real Academia Española de la Lengua, la felicidad “es un estado de grata satisfacción espiritual y física”. Cada persona posee una respuesta, una definición de felicidad diferente, y es esta disparidad de opiniones ante un aspecto tan trascendente de la existencia que ha motivado numerosas opiniones a lo largo de la historia de la humanidad.

Buda Gautama decía que “No hay un camino a la felicidad: la felicidad es el camino”; Lao Tzu sostenía que la razón de su felicidad era vivir el presente; quienes siempre piensan en el mañana o recuerdan con nostalgia el ayer solo generan ansiedad y dejan de disfrutar el momento y la verdadera existencia. Sócrates opina que, “el secreto de la felicidad no está en la búsqueda de más, sino en la capacidad de disfrutar de menos”; la felicidad no viene de recompensas externas o reconocimientos, sino del éxito interno. Aristóteles plantea que “la felicidad

* Médico Gastroenterólogo – Licenciado en Filosofía – Master en Salud Pública – Especialidad en Psicopedagogía y Educación Superior en Salud – Diplomado en Bioética Clínica, Social e Investigación en Seres Humanos – Docente Emérito y de Postgrado de la Facultad de Medicina, UMSA –Miembro de número y ex presidente de la Academia Boliviana de Medicina – Miembro de la Academia Boliviana de Historia de la Medicina. Dirección del autor: danelco22@gmail.com – cel. 70663246

depende de nosotros mismos”.

Séneca sostiene que “las grandes bendiciones de la humanidad están dentro de nosotros y a nuestro alcance. El sabio se contenta con su suerte, sea cual sea, sin desear lo que no tiene”. Immanuel Kant opina que “la felicidad, más que un deseo, alegría o elección, es un deber”. La felicidad es uno de tantos deberes del ser humano, un deber último y supremo que nos obliga a ser dignos de merecerla y depende de la propia persona, de su propio comportamiento y carácter. Según Nietzsche, somos felices “cuando comprobamos que hemos superado aquello que nos oprimía; la voluntad de poder es una fuerza que nos da la vida y nos ata a ella y al mismo tiempo la convierte en atractiva, ya que es la que nos hace enfrentarnos a las adversidades.

John Stuart Mill dice “He aprendido a buscar mi felicidad limitando mis deseos en vez de satisfacerlos”. El filósofo inglés Bertrand Russell concibe el amor como un instrumento para conseguir la felicidad; “el amor ayuda a romper el ego y a superar la barrera de la vanidad, que impiden ser felices”. Finalmente, el filósofo español José Ortega y Gasset mantiene que la felicidad que sentimos es directamente proporcional a la cantidad de tiempo que pasamos ocupados en actividades que absorben completamente nuestra atención y nos agradan.

La lectura de las anteriores reflexiones sorprenderá al lector, interesado en un tema aparentemente médico, pero pareciera que, en el siglo XXI, la salud fuera el bien máximo en la vida de los seres humanos, más allá que el amor, la amistad, la paz, la solidaridad, la vivencia de una vida llena de valores que procuren una buena vida. Ya Descartes en el siglo XVII adelantó en su *Discurso del Método* que “la conservación de la salud es el primer bien y el fundamento de los otros bienes de esta vida” y parece vislumbrar los avances en medicina como ilimitados, afirmando que lo que

queda por conocer en medicina “podría incluso librarnos de la debilidad que la vejez nos trae”.

En este proceso parece haberse perdido el sentido real que tiene la vida para los seres humanos y se ha invertido un poco la escala de valores, pasando a ocupar la primera prioridad la realización de acciones que eviten las enfermedades, retrasen el envejecimiento y mejoren la estética. Quizá falta definir lo que es la felicidad para cada uno; probablemente ésta no se conseguirá solo con belleza o salud. Porque la salud se necesita para vivir una vida feliz no para otra cosa. No parece sensato contar con salud biológica mientras se vive una vida angustiada a causa del temor a perderla. Diego Gracia dice “cuando la dicha se convierte en una obsesión, se sufre la desdicha de la dicha. Del mismo modo, la búsqueda obsesiva de la salud es ya en si una enfermedad, la enfermedad de la salud”

A lo anterior se ha sumado en las últimas décadas la llamada “medicalización de la vida”, o “medicalización de la sociedad”, fenómeno que denota la influencia de la medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana y connota una apreciación crítica por los efectos negativos, paradójales o indeseables, de tal fenómeno. En realidad, la medicina siempre ha ejercido un poder normalizador o de control social, básicamente por los conceptos de *salud y enfermedad, normal y patológico*, estableciendo un orden normativo rival de la religión y el derecho, que ha venido incrementándose desde la modernidad con la conquista de un auténtico estatuto científico, profesional y político.

CONCEPTOS EVOLUTIVOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Salud y enfermedad se alternan durante la vida de las personas. Desde la antigüedad se ha valorado la salud y se ha procurado combatir la enfermedad en base al convencimiento de que la enfermedad disminuye las posibilidades del ser humano de disfrutar la vida.

Son temas frecuentes de discusión, aunque no siempre se reflexiona sobre su significado. Las ideas de salud y enfermedad han estado siempre unidas, existiendo un binomio salud-enfermedad; son conceptos opuestos que se construyen el significado de uno en función del otro, sobre todo del más conocido. Por otra parte, los conceptos de salud y enfermedad no son estáticos, son dinámicos e históricos y cambian de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida.

La idea de salud como expresión de equilibrio siempre ha estado presente, completando el concepto de oposición a la enfermedad. Alcmeón de Crotona en el siglo V a.C. afirmaba “lo que conserva la salud es el equilibrio de las potencias; de lo húmedo y lo seco, de lo frío y lo caliente, de lo amargo y lo dulce, etc. Pero el predominio de una entre ellas es causa de enfermedad, pues el predominio de cada opuesto provoca la corrupción...La salud, por el contrario, resulta de la mezcla proporcional de las cualidades. Una de las teorías más influyentes para explicar la salud como equilibrio interno es la desarrollada por Hipócrates (460-377 a.C.) sobre los humores: habría cuatro humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, relacionados con los cuatro elementos del universo: aire, agua, fuego y tierra. La salud sería la normalidad y el equilibrio de los humores en cuanto a cantidad y calidad; el dominio de uno sobre los demás produciría la enfermedad.

El racionalismo ilustrado del siglo XIX plantea la lesión como elemento definitorio de la enfermedad, lo que permitió una visión fisiopatológica de la misma y dirigir los esfuerzos a objetivar las alteraciones funcionales del organismo; se entiende la enfermedad como un proceso con alteraciones locales (lesiones) que provocan trastornos funcionales debidas a causas identificables (internas, genéticas, externas) que siguen una evolución particular constante y medible. Se procura individualizar las enfermedades

infecciosas, las de mayor importancia en la época, e identificar los organismos causales de las mismas. Sin embargo, la reducción de la enfermedad a un problema meramente biológico detectable no explica ciertas situaciones y formas de enfermar, surgiendo Sigmund Freud a principios del siglo XX, cuyos estudios permiten reconocer la importancia de los procesos psíquicos en la génesis de muchas enfermedades, originando la corriente de la concepción psicossomática.

Rene Dubos en 1967 plantea que la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio”. Esta teoría ecológica de la enfermedad sostiene que el hombre nunca se verá libre de la enfermedad, porque debe adaptarse continuamente a la situación crítica de un medioambiente cambiante. Finalmente, en este proceso evolutivo de ideas sobre salud y enfermedad, Joseph Matarazzo introduce el término de “salud conductual” con el fin de promocionar la importancia de la persona en su propia salud, estimulando la responsabilidad individual hacia la adopción de ciertas conductas que prevengan la enfermedad y conserven la salud. En esta dimensión, tienen especial importancia las actitudes de las personas frente a su salud, el modo en que considere que puede controlar su conducta, la percepción de los valores que están supuestos en la salud y la capacidad de autocuidado.

Desde un punto de vista político e institucional, la revolución industrial llevó a la consolidación de la interacción entre trabajo y seguridad social. La necesidad de mantener a la población sana como un recurso generador de bienes económicos surgió como una necesidad, instalándose desde entonces hasta nuestros días. Se destacan dos modelos gubernamentales: el de Bismarck de Alemania en 1883, que plantea que el estado debe reconocer su misión de promover positivamente el bienestar de todos los miembros de la sociedad. En Inglaterra surge en 1942 el

modelo Beveridge, que establece que la salud se constituye en una obligación del estado para con los individuos.

La Organización Mundial de la Salud, en su Carta Constitucional de 1946 define la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Ofrece aspectos innovadores como mostrarse en términos positivos y añadir el área mental y social a lo puramente biológico. La nueva concepción, actualmente vigente, considera la salud como un objetivo social que se debe tener presente. Sin embargo, muchos autores critican esta definición, considerándola: *utópica*, porque el completo estado, tanto de salud como de enfermedad no existe, el término “completo” es más la expresión de un deseo que una realidad alcanzable; *estática*, porque considera la salud como un “estado”, un nivel estanco y no como un proceso dinámico, y *subjetiva*, porque la idea de bienestar como de malestar es subjetiva y depende del propio individuo. El cirujano Imre Loeffler opina que “tal situación de salud se logra solo en el punto del orgasmo simultáneo”.

A pesar de los aspectos criticables de esta definición, el hecho de indicar con claridad las tres dimensiones de la salud, física, psíquica y social ha supuesto una gran aportación, dotándola de una concepción más global.

MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

Conceptualización

Se entiende por medicalización de la vida la invasión de la medicina en aspectos de la sociedad y la vida que no son patológicos en sí mismos ni pasibles de tratamiento específico. El término medicalización es un neologismo que no figura en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, pero que hace referencia a una realidad actual que los profesionales reconocen con una significación propia.

En la década de los sesenta del pasado siglo, Meador acuñó el primer

término que puede considerarse como precursor del término medicalización, al hablar de la “no-enfermedad” y su atención, entendiéndose como tal aquel problema humano que es definido por alguna instancia como condición médica, pero para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerada como tal. Actualmente la definición más aceptada sobre medicalización es la propuesta por Kishore, que la define 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 eran considerados como entidades médicas y para los que la medicina no dispone de soluciones adecuadas ni eficaces”.

Quizá pueda ser más clara la definición que considera la medicalización como la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales.

Así, se considera necesario el *control médico de ciertas etapas de la vida* (adolescencia, menopausia, envejecimiento etc.); *problemas personales o sociales* pasan a considerarse problemas médicos (tristeza, duelo, síndrome postvacacional etc.); *factores de riesgo* pasan a considerarse como auténticas enfermedades (osteoporosis, dislipemia, colesterol, etc.); *situaciones o cuadros poco frecuentes* pasan a considerarse, de forma artificial, como situaciones o cuadros frecuentes (disfunción eréctil, disfunción sexual femenina, etc.) y *síntomas o cuadros leves* son elevados, de forma artificial a indicadores de cuadros graves (colon irritable, síndrome premenstrual, etc.).

Proceso de medicalización

El proceso de medicalización de un problema o situación no es algo instantáneo que acontece en un momento dado, sino que se produce en forma paulatina a lo largo de un periodo

de tiempo, generalmente prolongado, y requiere una serie de condiciones o pasos:

1. La situación, el sufrimiento o el problema debe ser considerado como algo anormal por parte de la sociedad y por lo tanto precisa de una solución o abordaje de parte de algún sector de dicha sociedad. La consideración de anormalidad en general es establecida por colectivos sociales poderosos (como la industria farmacéutica, que se ofrecerá luego para solucionar el problema), mientras que los sectores sociales más débiles suelen quedar englobados en dicha categoría. En muchos casos el problema no tiene nada que ver con una enfermedad, aunque la medicina pueda dar una solución.
2. Los sectores encargados tradicionalmente de solucionar dicha situación de anormalidad no dan respuesta a la misma o dan una respuesta insuficiente o inadecuada a las demandas sociales, por lo que la sociedad rechaza estas respuestas y excluye o margina estos sectores tradicionales. Esta percepción puede verse influida por sectores que pueden verse beneficiados por la situación.
3. Se inicia un proceso de búsqueda de nuevos sectores que den respuesta a las demandas no satisfechas, que suele incidir sobre el sector sanitario, aunque también en otros ámbitos.
4. Los distintos actores implicados en el proceso de asistencia sanitaria deben aceptar que dicha situación pase a formar parte de su campo de acción. Esta aceptación puede ser influenciada por presiones externas, como por aspectos políticos, económicos y de control social.
5. El sector sanitario busca soluciones para dar respuesta a los nuevos retos planteados, con frecuencia requiriendo la realización de pruebas

diagnósticas y la instauración de un tratamiento, generándose el fenómeno de la medicalización.

6. Con frecuencia el círculo se cierra porque las acciones médicas implementadas no dan respuesta a los problemas, lo que genera mayor incertidumbre y aumento de la inseguridad. Se generan entonces nuevas situaciones que requieren nuevas respuestas, las que llegan nuevamente desde el sector sanitario.

Protagonistas de la medicalización

La creciente medicalización de la vida es un problema de origen complejo, en el que intervienen diversos factores de índole social, cultural, económica, sanitaria etc.:

1. **Industria farmacéutica:** Las empresas farmacéuticas invierten una parte de su presupuesto en investigación y difusión, lo que no solo genera beneficios sociales, sino que repercute en el poder económico de las grandes transnacionales químico-farmacéuticas, sin responder necesariamente a las necesidades propias de cada región, sino más bien al marketing diseñado en beneficio de las industrias. La población enferma susceptible de precisar medicamentos es una minoría, pero es clara la tendencia de la industria farmacéutica de persuadir a la población sana de que requiere chequeos médicos y medicación preventiva. Los elementos de marketing que emplea la industria son similares, ya se trate de promocionar un medicamento, un instrumento diagnóstico o terapéutico, influyendo en la población en general, sociedades científicas, profesionales médicos, grupos organizados de pacientes y medios de comunicación, a los que la industria aporta información y financiamiento "desinteresadamente". Otra forma empleada por la industria

farmacéutica para inducir a los médicos a prescribir es facilitando medios diagnósticos a los centros sanitarios a un supuesto costo cero o mínimo.

2. **Medios de comunicación:** la salud “vende”, y las noticias sobre salud son cada vez más frecuentes en los medios de comunicación. Pero lo noticiable se asocia generalmente a acontecimientos novedosos, inusuales, improbables y superfluos, elementos muy poco habituales en medicina, presentados en forma exagerada y distorsionada: 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, trivializando la importancia de mantener un estilo de vida saludable; se presentan como definitivos resultados de investigación preliminares que alarman y desorientan a la población. 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 servicios eficaces y desalentando los de efectividad no comprobada.
3. **Administración sanitaria:** en el proceso de medicalización hay un actor menos evidente y que habitualmente interviene por omisión; la administración sanitaria, que tiene como misión identificar las necesidades terapéuticas y definir y liderizar 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, incluyendo tecnologías o intervenciones sanitarias insuficientemente valoradas, en las que los beneficios marginales que aportan son mínimos y a menudo inferiores a los riesgos o costos que suponen.
4. **Población:** “en los países desarrollados la obsesión por una salud perfecta se ha convertido en el factor patógeno predominante”, extendiéndose tal criterio a los demás países. Dentro de la cultura consumista imperante, la población asume con naturalidad e inclusive con entusiasmo la propaganda difundida por la industria farmacéutica, los medios de comunicación y los propios profesionales de salud, que, frente a 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 existentes. Se exige que la medicina ponga fin al sufrimiento corporal, conserve la juventud y prolongue la vida. El proceso de medicalización convierte a las personas en pacientes al considerarlos enfermos o enfermos potenciales. Se prescriben tratamientos sin dar a la persona la información adecuada sobre la naturaleza de los beneficios y efectos adversos, eludiendo la valoración de peculiaridades y riesgos personales. La participación de los pacientes en la toma de decisiones es un factor ineludible en la actualidad.
5. **Profesionales:** los médicos se encuentran en el centro de la medicalización. Son tanto los agentes imprescindibles como las víctimas para que el proceso prospere, en una sociedad que demanda que la medicina dé solución a todos sus problemas. Los médicos solicitan mayor inversión en salud de sus instituciones para hacer frente a la situación actual de demanda creciente con recursos inadecuados, siendo esta 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. Junto con la esperanza de proporcionar mayor beneficio para los pacientes, está presente el deseo de que se amplíen las áreas de trabajo, se abran nuevas opciones de desarrollo profesional, la especialización y la superespecialización, conseguir mayores beneficios económicos o en términos de capacidad de influencia y prestigio.

El ejercicio de la medicina sin participación del paciente puede ser otro factor que conduzca a la medicalización, aunque hacer una medicina más participativa supone también un cambio cultural por parte del médico, que implica pérdida de control y la exigencia de aprender otras habilidades, actitudes y aptitudes. Por otra parte, la incertidumbre es un factor importante ligado a la medicalización; en las áreas de la medicina en que los límites entre la normalidad y la patología son difíciles de establecer, surgen ejemplos de medicalización

Consecuencias de la medicalización

Las acciones médicas pueden ocasionar daño o perjuicio tanto por omisión como por acción de estas, siendo la medicalización un caso de daño potencial por acción, siendo muchas de las consecuencias de la medicalización causas de la misma, contribuyendo a su crecimiento y perpetuación.

Las principales consecuencias para la sociedad son: medicalización creciente de la vida; percepción de peor salud permanente; sanitización de la sociedad (mayor dependencia del sistema sanitario); aumento de enfermedades y problemas de salud iatrogénicos; aumento del consumo de fármacos; sentimiento de frustración, disminución de la competencia

individual y disminución de los recursos informales.

Las principales consecuencias para las instituciones y los profesionales son: sistemas sanitarios desbordados; aumento del gasto sanitario; pérdida de efectividad y equidad del sistema; deshumanización de la atención; transformación de factores de riesgo en enfermedades; aumento de iatrogenia, alteración de la relación médico-paciente e insatisfacción de los profesionales.

En una frase de Moynihan, “la medicalización de la vida es un proceso que convierte a personas sanas en enfermas, que produce daño iatrogénico y que desperdicia recursos valiosos”

LAS NO-ENFERMEDADES

En materia de investigación médica, las últimas décadas se han caracterizado por la frecuente descripción de nuevas enfermedades. Para algunos, este hecho es la demostración del avance tecnológico de la ciencia médica, para otros la situación amerita serios cuestionamientos y para algunos como para Ray Moynihan, periodista alemán y editor invitado de la prestigiosa revista *British Medical Journal*, “las nuevas enfermedades son un invento de la industria farmacéutica mundial, para vender más medicamentos”. La tesis expuesta por Moynihan en el libro *Medicamentos que nos enferman*, del cual es coautor, ha incrementado una creciente y agria polémica que involucra a grupos de investigación, laboratorios y científicos. Y es que la lista de males inventados va desde la disfunción eréctil hasta la menopausia.

El periodista Jörg Blech, que comparte la tesis de Moynihan enumera en su libro *Los inventores de enfermedades*, cinco campos en los que se inventan males para ser vendidos: 1. Convertir un proceso normal en un problema médico: la caída del pelo; 2. Difundir problemas personales y sociales como alteraciones de salud: un desánimo pasajero como depresión; 3. Elevar un riesgo a enfermedad: el obsesivo control

del colesterol; 4. Promover síntomas poco frecuentes como epidemias: la disfunción eréctil y la disfunción sexual femenina; 5. Transformar síntomas leves en señal de enfermedad grave: síndrome del colon irritable.

En criterio de Moynihan, eso redundaría en la aparición de nuevas enfermedades que se exige tratar, como la menopausia, el estrés, el tabaquismo, la osteoporosis, el sobrepeso, el embarazo, la celulitis, las pecas, las manchas, la impotencia pasajera, el síndrome de las piernas inquietas, el síndrome de déficit de atención en los niños y la hiperactividad infantil entre otros.

La prestigiosa revista médica *British Medical Journal* realizó recientemente una votación para identificar las “10 mayores no-enfermedades”, estableciendo inicialmente su definición de “no-enfermedad” como “un proceso o problema humano que alguien define como una condición médica pero que la gente podría obtener mejores resultados si no fuera definido como tal”. Luego de un proceso seriamente planificado y realizado, se obtuvieron más de 200 respuestas, siendo las “20 mayores no-enfermedades”:

1. Envejecimiento;
2. Trabajo;
3. Aburrimiento;
4. Arrugas bajo los ojos;
5. Ignorancia;
6. Calvicie;
7. Pecas;
8. Orejas grandes;
9. Encanecimiento;
10. Fealdad;
11. Parto;
12. Alergia al siglo XXI;
13. Descompensación horaria;
14. Infelicidad;
15. Celulitis;
16. Resaca;
17. Ansiedad sobre el tamaño del pene/ envidia del pene;
18. Embarazo;
19. Rabia en la carretera
20. Soledad.

Lo más importante de este tema de las “no-enfermedades” no son los resultados, sino el debate que se pueda generar; con seguridad se puede ganar mucho y no perder nada estimulando la conciencia acerca de lo resbaloso del concepto de enfermedad.

PREVENCIÓN CUATERNARIA

En 1986 se cita por primera vez la prevención cuaternaria en un documento científico, presentado durante el Congreso de la Organización Mundial de

Médicos de Familia (WONCA) realizado en Hong Kong en 1995 y 1999 y debatido posteriormente en diversos eventos. Se entiende por prevención cuaternaria “la acción implementada para identificar a un paciente o a una población en riesgo de sobre medicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas innecesarias y proponerles procedimientos éticos y médicamente aceptables”. Es una estrategia que tiende a disminuir la iatrogenia, evitar intervenciones innecesarias y permite paliar sus efectos adversos. Se puede entender como una actualización y nueva conceptualización del *primum non nocere* (primero no dañar) de Hipócrates.

En sentido general, se puede esbozar la prevención cuaternaria como:

- La exigencia a resistir las modas dictadas por consensos, protocolos, guías prácticas sin el rigor científico adecuado
- Es la resistencia continua frente al intervencionismo médico, ante la medicalización de la vida diaria y ante el abuso respecto a la definición de salud, factor de riesgo y enfermedad.
- Cuestiona diagnósticos bizarros como: enfermedad sin enfermedad, síntomas médicamente inexplicables, síndromes somáticos, funcionales, pacientes difíciles, trastornos somatomorfos, comportamiento de enfermedad anormal.
- Tiene como clave no iniciar cascadas de intervenciones clínicas, debido a síntomas irrelevantes o decisiones iniciadas por signos que agreden al paciente.

En otros textos se expresa que es la firme y perenne resistencia frente a la intervención sanitaria innecesaria, preventiva o curativa, diagnóstica o terapéutica. Es un movimiento que se nutre de distintas corrientes de pensamiento; un nuevo nombre para una nueva actividad médica.

CRÍTICA DE LA MEDICALIZACIÓN

La literatura universal, así como la filosófica, han tocado muchas veces el tema de la salud y de la enfermedad, y en cierto modo han anticipado lo que ahora se entiende por medicalización de la vida. He escogido cuatro autores que me parecen paradigmáticos del tema:

Knock o el triunfo de la Medicina, de Jules Romains, seudónimo de Louis Farigoule, novelista y autor dramático francés: la medicalización de la vida está representada dramática tragicómicamente; una verdadera profecía en un testimonio literario de 1923. Su personaje central es el joven médico Dr. Knock, que llega a una comunidad para hacerse cargo de la asistencia en lugar del viejo y clásico médico Dr. Parpalaid. El novel Dr. Knock sostiene que los habitantes de la aldea rural son sanos solo en apariencias, pues no han sido bien estudiados. Con ayuda del pregonero, la escuela y el farmacéutico, somete a las personas a una rigurosa disciplina médica. *“En doscientas cincuenta de esas casas hay doscientas cincuenta habitaciones donde alguien confiesa la enfermedad, doscientas cincuenta camas donde un cuerpo extendido testimonia que la vida tiene un sentido y, gracias a mí, un sentido médico (...). Piense usted que, en algunos instantes, van a dar las diez, que para todos mis enfermos las diez es la segunda toma de temperatura rectal, y que, en algunos instantes, doscientos cincuenta termómetros van a penetrar a la vez”*, dice el Dr. Knock. Cuando Parpalaid vuelve a la comarca encuentra que sus pobladores, antes sanos, ahora son todos enfermos.

Madame Bovary, de Gustave Flaubert, una de las mayores obras de la literatura de todos los tiempos, en un pasaje memorable, narra la innecesaria intervención quirúrgica a la que Charles Bovary y sus ayudantes someten a Hippolyte, que tenía solo los pies deformes y nunca pidió que se los corrigieran. Como resultado de

las complicaciones de tal intervención fue necesario amputarle la pierna. Un mal menor fue transformado en un mal mayor.

Némesis Médica, de Ivan Illich: En el imaginario colectivo, la crítica de la medicalización está indisolublemente ligada al nombre de Ivan Illich, pensador austríaco polifacético y polémico, clasificado como anarquista, autor de una serie de críticas a las instituciones clave del progreso en la cultura moderna, y la publicación de su obra *Némesis Médica*. Una apretada síntesis de esta su obra, en la que, de “forma algo exagerada”, el autor plantea la inutilidad de los médicos, lo que ha sido una corriente de pensamiento que existe desde entonces que critica con fuerza la medicalización de la sociedad, el sobrediagnóstico, el sobretratamiento, las prescripciones, los diagnósticos fantasmas; los innecesarios y a veces peligrosos medios diagnósticos que se indican y los tratamientos inútiles o, incluso perjudiciales; situaciones que obedecen a disímiles causas, la mayoría de las veces ajenas a la práctica de una buena clínica. “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 ha alcanzado proporciones morbosas; en los países pobres está ocurriendo rápidamente lo mismo. Hay que reconocer el carácter político de este proceso al que denominaré medicalización de la vida”

La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina, de Michel Foucault. Foucault es uno de los más influyentes filósofos contemporáneos, que cuestiona muchos aspectos de la sociedad, entre ellos, los criterios de salud y la medicina. El describió el fenómeno que llamó “medicalización”, fenómeno muy complejo puesto que implica la expansión del dominio y los alcances de esta disciplina sobre ámbitos ajenos a ella hasta desembocar

en un abordaje en términos médicos de problemas de carácter social.

Es muy interesante leer algunos fragmentos de una conferencia que dio para un curso de medicina social:

“No hubo que esperar a Ilich ni a los antimédicos para saber que una de las propiedades y una de las capacidades de la medicina es la de matar. La medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido conciencia. Lo importantes es que hasta tiempos recientes los efectos negativos de la medicina quedaron inscritos en el registro de la ignorancia médica. La medicina mataba por ignorancia del médico o porque la propia medicina era ignorante; no era una verdadera ciencia sino solo una rapsodia de conocimientos mal fundados, mal establecidos y verificados. La nocividad de la medicina se juzgaba en proporción a su no científicidad. Pero lo que surge desde el comienzo del siglo XX, es el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, no en la medida de su ignorancia y falsedad, sino en la medida de su saber, en la medida en que constituye una ciencia”.

“Así pues, entramos en una dimensión bastante nueva de lo que podría denominarse riesgo médico. El riesgo médico, el vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina no es nuevo, sino que data del momento en que un efecto positivo de la medicina fue acompañado, por su propia causa, de varias consecuencias negativas y nocivas”.

“De un modo más general se puede afirmar que la salud se convirtió en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es hoy un campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente a las enfermedades”.

“En la actualidad la medicina encuentra la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de

reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en cuanto se convirtió en objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumidos por otros -los enfermos posibles y reales- adquirió importancia económica, y se introdujo en el mercado”..

CONCLUSIONES

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; las personas se convierten en “pacientes” y los problemas sociales se transforman en “enfermedades”. La oleada de “epidemias del siglo XXI” que nos invade, como obesidad, osteoporosis o depresión, etc., puede ser solo un adelanto de lo que está por venir. La utilización acrítica de los avances de la genética podría convertirnos en una sociedad en que la mayoría de la población tenga identificada al menos un factor de riesgo de enfermedad, y siguiendo el pensamiento dominante, deba ser por tanto tratada médicamente. Se plantea que todos los participantes en la medicalización de la vida reciben alguna compensación de la misma, pero consideramos que este modelo no favorece a la sociedad en su conjunto, y que además obliga a recortar recursos a otros ámbitos con una mayor rentabilidad social. La cultura dominante nos condiciona 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. 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.

REFERENCIAS

1. Descartes R. *Discurso del método y Meditaciones metafísicas*. Editorial Tecnos (Grupo Anaya, S.A.) 2015, Printed in Spain.
2. Gracia D., *Ética y vida: Bioética clínica*. Ed. El Buho, 1998. Cap 2 Historia de los conceptos de salud y enfermedad.
3. Mainetti, J.A., *La medicalización de la vida Electroneurobiología* vol. 14 (3), pp. 71-89, 2006
4. Gavidia, V., Talavera, M., *La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, N° 26, 2012
5. Fossa C, P. *Medicalización de la vida: ¿Mito o realidad de los tiempos actuales? Una mirada desde la bioética*. *Bol. Hosp. Viña del Mar* 2015, 71 (3)
6. Organización Mundial de la Salud. (1946) *Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio*
7. Orueta Sanchez, R., y col. *Medicalización de la vida (I)*. *Rev Clin Med Fam* vol.4 n°2 Barcelona jun. 2011
8. Meador C. *The art and science of nondisease*. *N Engl J Med*. 1965; 272:92-5
9. Kishore J. *A dictionary of Public Health*. New Delphi: Century Publications; 2002
10. Editorial: *Creación de enfermedades*. 13 *Liburkia* – 7 ZK/2005EKO UZTAILA-ABUZTUA Volumen 13 – N° 7 / julio-agosto 2005
11. Orueta Sanchez R., y col. *Medicalización de la vida (II)*. *Rev Clin Med Fam* vol.4 n°3 Barcelona oct. 2011
12. Smith R. *In search of "non-disease"*, *BMJ* Volume 324, 13 april, 2002
13. Jamouille M., Roland M., *Prevención Cuaternaria. De Wonca world Hong Kong 1995 hasta Wonca world Praga 2013*; Praga: Wonca World Praga; 2013
14. Barcos Pina I. y col. *Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social*. *Rev. Cub. De Salud Pública*. 2019; 45(4): e1506
15. Romain J. *Knock o el triunfo de la medicina*.
16. Flaubert G. *Madame Bovary*
17. Illich I. *Nemesis Médica; la expropiación de la salud*. Breve. *Biblioteca de Respuestas*. Barral Editores, Barcelona, 1975
18. Foucault M., *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. *Revista Cubana de Salud Pública* Vol. 44. N° 1, 2018